**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**Miejsce przygotowywania posiłków (adres kuchni):** ……………………………………………………………………………………………….

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jednostka****miary** | **Przewidywana ilość na okres 12 miesięcy** | **Cena netto** **za jedn. miary** **w złotych** | **Wartość netto w złotych**(kol. 4 x kol. 5) | **Stawka VAT (%)** |  **Cena brutto** **za jedn. miary** **w złotych** | **Wartość brutto w złotych**(kol. 4 x kol. 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Śniadania | szt. | 14 965 |  |  |  |  |  |
| 2. | Obiady | szt. | 14 965 |  |  |  |  |  |
| 3. | Kolacje | szt. | 14 965 |  |  |  |  |  |
| **Całodzienne wyżywienie pacjenta** **(suma poz. od 1 do 3)** |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych**  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

- komórki oznaczone kolorem szarym nie podlegają uzupełnieniu

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**