Załącznik nr 2 do SIWZ

ZP/PN/07/2020

**„Świadczenie usługi w zakresie żywienia pacjentów i dystrybucja posiłków do łóżka pacjenta dla Szpitala Specjalistycznego Nr 1 przy ul. Żeromskiego 7 w Bytomiu, Szpitala Zakaźnego, Zakładu Opiekuńczo Leczniczego przy Al. Legionów 49 w Bytomiu”.**

**Wsad do kotła nie może być mniejszy niż (netto)  
- ZOL - 7,50 zł  
- Szpital Specjalistyczny Nr 1 i Szpital Zakaźny - 6,30 zł**

**Z uwagi na dwie różne kwoty wsadów do kotła Zamawiający wymaga dwóch różnych cen za jeden osobodzień dla Szpitala Specjalistycznego Nr 1 i Szpitala Zakaźnego oraz dla Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego.**

**Szpital Specjalistyczny Nr 1 przy ul. Żeromskiego 7 w Bytomiu + Szpital Zakaźny**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość osobodni na okres 12 miesięcy | Cena za  osobodzień | Wartość netto (B x C) | VAT % | Wartość Brutto  (D x E) |
| A | B | C | D | E | F |
| 1 | 65 000 |  |  |  |  |

* + podana liczba osobodni jest liczbą szacunkową potrzebną do oszacowania maksymalnej wartości umowy, jest to ilość, która nie musi być wykorzystana w całości zależeć to będzie od ilości hospitalizowanych pacjentów.

**Zakład Opiekuńczo Leczniczy przy Al. Legionów 49 w Bytomiu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość osobodni na okres 12 miesięcy | Cena za  osobodzień | Wartość netto (B x C) | VAT % | Wartość Brutto  (D x E) |
| A | B | C | D | E | F |
| 1 | 22 100 |  |  |  |  |

* + podana liczba osobodni jest liczbą szacunkową potrzebną do oszacowania maksymalnej wartości umowy, jest to ilość, która nie musi być wykorzystana w całości zależeć to będzie od ilości hospitalizowanych pacjentów.

**RAZEM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miejsce** | **Suma wartości netto na okres12 miesięcy** | **VAT %** | **Suma wartości brutto na okres12 miesięcy** |
| **1** | **Szpital Specjalistyczny nr 1 + Szpital Zakaźny** |  |  |  |
| **2** | **Zakład Opiekuńczo Leczniczy** |  |  |  |
|  | **Całkowita wartość oferty na okres okres12 miesięcy** |  |  |  |

…………………..,dnia………………

(Miejscowość)

(kwalifikowany podpis elektroniczny)