***Zał. 1B do SWZ***

***D10.251.125.C.2024***

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie**  **rodzaju posiłków** | **Cena jedn.**  **brutto (zł)** | **Ilość posiłków**  **przez okres 48 miesięcy - szt.** | **Cena brutto (zł)** |
|  |  | ***1*** | ***2*** | ***(1 x 2)*** |
| 1 | Śniadanie |  | 529 680 |  |
| 2 | II Śniadanie |  | 193 824 |  |
| 3 | Obiad |  | 568 512 |  |
| 4 | Podwieczorek |  | 202 512 |  |
| 5 | Kolacja |  | 543 840 |  |
| 6 | Posiłek profilaktyczny |  | 13 872 |  |
| **Suma** | | | |  |

\****UWAGA: dokument powinien być podpisany przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy w sposób określony w SWZ \****