Załącznik nr 2 do SWZ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość na 12 miesięcy** | **Cena jedn. netto** **(zł)** | **Wartość netto (zł)** | **% VAT** | **Wartość brutto (zł)** |
| 1 | Śniadanie - porcja | 28 690 |  |  |  |  |
| 2 | Obiad (dwudaniowy) - porcja | 27 795 |  |  |  |  |
| 3 | Kolacja - porcja | 27 440 |  |  |  |  |
| 4 | Lunch (kanapki, zupa, sałatka) dla Oddziału Psychogeriatrycznego - porcja |  7 163 |  |  |  |  |
| 5 | Dodatek cukrzycowy – druga kolacja | 2 073 |  |  |  |  |
| **Ogółem:** |  | **X** |  | **X** |  |

**Formularz cenowy**

…………..…, dnia ………….………

 …............................................

podpis osoby/osób uprawnionych
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny