Załącznik 2 do SWZ

**Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Wartość miesięcznej usługi nettow zł | Stawka VAT w % | Wartość netto przedmiotuzamówienia (12 miesięcy)(kol.2 x 12) | Cena oferty brutto(kol. 4 + VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *6* |
| Usługi świadczone zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w przychodni ul. Aleksandrowska 61/63 |  |  |  |  |
| Usługi świadczone zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w przychodni ul. Tymienieckiego 18 |  |  |  |  |
| Usługi świadczone zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w przychodni ul. Gdańska 117a |  |  |  |  |
| Usługi świadczone zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w przychodni al. Piłsudskiego 133B |  |  |  |  |
| **Razem (cena oferty)**  |  |  |

 |  |  |  |

***Uwaga!*** *Przy sporządzaniu formularza cenowego należy podać wszystkie wartości do dwóch miejsc po przecinku. Składając ofertę należy pamiętać
o pełnym i dokładnym wypełnieniu wszystkich pozycji. Podane ceny powinny uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.*

Wynagrodzenie (wartość przedmiotu zamówienia) netto za 12 miesięcy: (słownie: .

kwota podatku VAT: (słownie: )

**CENA OFERTY BRUTTO za 12 miesięcy słownie: ).**

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

 miejscowość, data czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy