**FORMULARZ OFERTOWY**

Usługa dezynsekcji, dezynfekcji i deratyzacji dla Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jana Pawła II

Okres realizacji 12 miesięcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi** | **Ilość zamawianych usług** | **Cena usługi netto** | **VAT** | **Cena usługi brutto** | **Wartość usług netto** | **Wartość usług brutto** | **Uwagi** |
| Usługi DDD cykliczne (wykonywane miesięcznie) | 48 |  |  |  |  |  |  |
| Usługi DDD wykonywanew mirę potrzeb | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |  |  |  |

Podpis i pieczątka Wykonawcy………………………………….