

Załącznik nr 2 - FORMULARZ CENOWY

Lp.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość na 12 miesiąc	Cena jedn. netto za 1 szt.	Wartość netto stanowiąca iloczyn $A \times B = C$	VAT %	Kwota VAT stanowiąca iloczyn $C \times D = E$	Wartość brutto stanowiąca sumę $C + E = F$	Uwagi
			A	B	C	D	E	F	
1.	Posiłek całodobowy dla pacjentów: (3 posiłki dla dorosłych tj. - śniadanie, - obiad, - kolacja ; * 5 posiłków dla dzieci tj. - śniadanie, - II śniadanie, - obiad, - podwieczorek, - kolacja; (razem ok. 2631 szt. /miesiąc).	szt.	31 572,00		0,00		0,00	0,00	
2.	Pojemniki jednorazowe do posiłku całodobowego (3985 szt.)	szt.	47 820,00		0,00		0,00	0,00	

3.	**Posiłek całodobowy dla pacjentek oddziału położniczego i diety cukrzycowej. (5 posiłków dla pacjentek ciężarnych: - śniadanie, - II śniadanie, - obiad, - podwieczorek, - kolacja) (ok. 250 szt. /miesiąc) 5 posiłków dla diety cukrzycowej tj. - śniadanie, - II śniadanie, - obiad, - podwieczorek, - kolacja (II kolacja na zlecenie lekarza) (ok. 1104 szt. na mc.)	szt.	16 248,00		0,00		0,00		0,00	
RAZEM					0,00		0,00		0,00	

UWAGA

*jako dietę 3 posiłkową do rozliczeń wliczamy również diety dla dzieci z uwagi na niższą wartość odżywczą tych diet, mimo rozkładu na 5 posiłków

** przy rozliczaniu diet pięcioposiłkowych śniadanie będzie połączone z II śniadaniem, a obiad z podwieczorkiem

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz cenowy musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.