**Załącznik nr 2**

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny

Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II

ul. Daleka 11

05-825 Grodzisk Mazowiecki

**FORMULARZ CENOWY**

Nazwa i adres Wykonawcy: ………………………………………………………………….……………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Jedn.** **miary****miesiąc** | **Ilość** | **Wartość****jedn. netto****za 1 m-c** | **Stawka****VAT****%** | **Kwota****VAT****za 1 m-c** | **Wartość****jedn. brutto****za 1 m-c** | **Wartość****netto****za 24 m-ce** | **Stawka****VAT****%** | **Kwota** **VAT****za 24 m-e** | **Wartość****brutto****za 24 m-ce** | Uwagi |
| 1 | Usługi - sprzątania z dezynfekcją | miesiąc | 24 | **….. /…..** | **…./….** | **…./….** | **…../…..** | **……../……** | **…./….** | **……/…..** | **……/…..** | ……/….. |
| 2 | Pomoc przy obsłudze pacjenta | miesiąc | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Usługa - transport wewnętrzny | miesiąc | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Dozór mienia | miesiąc | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Prowadzenie portierni | miesiąc | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem poz. 1 - 5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rodzaj usługi** | **Jedn.** **miary****miesiąc** | **Ilość** | **Wartość****jedn. netto****za 1 m-c** | **Stawka****VAT****%** | **Kwota****VAT****za 1 m-c** | **Wartość****jedn. brutto****za 1 m-c** | **Wartość****netto****za 14 m-cy** | **Stawka****VAT****%** | **Kwota** **VAT****za 14 m-cy** | **Wartość****brutto****za 14 m-cy** |  |
| 6 | Obsługa szatni w okresie od 01.10.2025 do 30.04.2026od 01.10.2026 do 30.04.2027 | miesiąc | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem poz. 6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem poz. 1 - 6** |  |  |  |  |  |

**……………………………………………**

 **Podpis** kwalifikowany podpis elektroniczny

osoby/osób upoważnionej/upoważnionych

do reprezentowania Wykonawcy