**Załącznik Nr 3 do SWZ**

Wzór Formularza Cenowego

(Znak postępowania: **271.2.2023**)

* + - 1. **DANE DOTYCZĄCE ZAMAWIAJĄCEGO:**

Zdrowie w Dolinie Zielawy spółka z ograniczoną odpowiedzialności zwana dalej „Zamawiającym”

Ul. Rynek 35, 21-580 Wisznice

NIP 5372657986, REGON 388550843,Nr telefonu 83 306 70 81,

|  |
| --- |
| * + - 1. **DANE WYKONAWCY/WYKONAWCÓW.**  1. Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/-ów i podpisująca ofertę:   …………………………………………..……………………………………………………………………………………………........   1. Nazwa albo imię i nazwisko Wykonawcy[[1]](#footnote-1):   …………………………………………..……………………………………………………………………………………………........  …………………………………………..……………………………………………………………………………………………........  Siedziba albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy:  …………………………………………..……………………………………………………………………………………………........  **NIP** …………………………………..……..………, **REGON**................................................................................................... |
| W związku z ogłoszeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na zadanie pn.  **„****Przygotowanie i dostarczenie całodziennego wyżywienia dla Pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Curynie”**   1. **Oferuję wykonanie zamówienia zgodnie ze złożonym formularzem ofertowym:**  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa posiłku** | **Cena jednostkowa netto 1 posiłku/dzień** | **Stawka VAT** | **Kwota VAT** | **Cena jednostkowa brutto 1 posiłku/dzień** | | **1** | **Śniadanie** |  |  |  |  | | **2** | **Obiad** |  |  |  |  | | **3** | **Kolacja** |  |  |  |  | | **Cena brutto całodziennego wyżywienia jednego pacjenta** | | | | |  | | | **26 718 dni x ……………. zł** (cena brutto całodziennego wyżywienia jednego pacjenta) **=**  **…………………………… zł brutto za całość zamówienia** | | | | | | | | **Słownie:…………………………………………………………….** | | | | | | | |
|  |
|  |

1. Powielić tyle razy, ile to potrzebne [↑](#footnote-ref-1)