**ZMIANA Z DNIA 26.05.2020 r.**

**ZAŁĄCZNIK NR 3 do SIWZ**

# …………………………..

# nazwa, adres Wykonawcy

 **Pieczątka firmowa**

**FORMULARZ CENOWY**

 **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj posiłku | 1.\*Cena jedn. brutto przy powyżej 5000 pacjentów żywionych miesięcznie | \* Podatek VAT % | Rodzaj posiłku | 2.\*Cena jedn. brutto przy poniżej 5000 pacjentów żywionych miesięcznie | \* Podatek VAT % |
| **ŚNIADANIE** |  |  | **ŚNIADANIE** |  |  |
| **II ŚNIADANIE** |  |  | **II ŚNIADANIE** |  |  |
| **OBIAD (zupa + drugie danie)** |  |  | **OBIAD (zupa + drugie danie)** |  |  |
| **ZUPA** |  |  | **ZUPA** |  |  |
| **PODWIECZOREK** |  |  | **PODWIECZOREK** |  |  |
| **KOLACJA** |  |  | **KOLACJA** |  |  |
| **Suma (stawka żywieniowa):****zł** |  | **Suma ( stawka żywieniowa):****zł** |

 **Uwaga!**

* **miejsca oznaczone gwiazdką należy wypełnić**
* **średnio ilość żywionych pacjentów w okresie:**

**od X 2019 do III 2020 wynosiła 7 300 pacjentów**

**od IV 2020 do V 2020 wynosiła 4 200 pacjentów**

* **ilość posiłków jest ilością szacunkową zależną od ilości hospitalizowanych pacjentów**

**1**. Stawka żywieniowa ( cena brutto ) za całodzienne wyżywienie przy powyżej 5000 pacjentów żywionych miesięcznie

**CYFRĄ \***……………………………………………….**zł**

**1.a**. Stawka żywieniowa (cena brutto) za całodzienne wyżywienie przy powyżej 5000 pacjentów żywionych miesięcznie

**SŁOWNIE\* …………….………………………………………………zł**

**2.** Stawka żywieniowa (cena brutto) za całodzienne wyżywienia przy poniżej 5000 pacjentów żywionych miesięcznie

**CYFRĄ \***……………………………………………….**zł**

**2.a.** Stawka żywieniowa (cena brutto) za całodzienne wyżywienie przy poniżej 5000 pacjentów żywionych miesięcznie **SŁOWNIE\* …………….………………………………………………zł**

 **……………………………………………...**

**data, podpis, pieczątka osoby uprawnionej**