**Załącznik Nr 2 do SWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa postępowania | **„Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej  w Skarżysku - Kamiennej w okresie od 01.01.2025 r. do 31.12.2025 r.”** |
| Zamawiający | **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**  **ul. Sikorskiego 19**  **26-110 Skarżysko-Kamienna** |

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Cena oferowana  za 1 godzinę usług opiekuńczych w dni robocze (tj. od poniedziałku do piątku) | Cena netto: …………... zł. VAT: ……………….  Cena brutto: ………..………………………..  Cena brutto słownie: …………………………… |
| 2 | Cena oferowana  za 1 godzinę usług opiekuńczych w soboty, niedziele, święta | Cena netto: ………………... zł. VAT: ………………….  Cena brutto: ………..………………………..  Cena brutto słownie: ………………………………………… |
| 3 | Cena oferowana za 44 000 godzin usług opiekuńczych w dni robocze  (tj. od poniedziałku do piątku) | Cena netto: …………... zł. VAT: ……………….  Cena brutto: ………..………………………..  Cena brutto słownie: …………………………… |
| 4 | Cena oferowana za 5 500 godzin usług opiekuńczych w soboty, niedziele, święta | Cena netto: ………………... zł. VAT: ………….  Cena brutto: ………..………………………..  Cena brutto słownie: …………………………… |
| 5 | **Łączna wartość zamówienia (3+4)** | **Cena netto: ………………... zł. VAT: …………**  **Cena brutto: ………..………………………..**  **Cena brutto słownie: ………………………………** |

**­**

.................................. …………………………………………………

Data, miejscowość (Podpis Wykonawcy)

**­**