**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**FORMULARZ CENOWY**

**Ochrona osób i mienia realizowana w formie bezpośredniej ochrony fizycznej, w systemie całodobowym dla potrzeb Radomskiego Szpitala Specjalistycznego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **Zakres usługi** | **Kwota ryczałtowa netto za 1 miesiąc usługi w PLN** | **Stawka podatku VAT w (%)** | **Kwota ryczałtowa brutto za okres 12 miesięcy w PLN** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| **1.** | **Posterunek nr 1** – brama główna wjazdowa od ulicy Tochtermana – posterunek stały jednoosobowy. Czas pracy 24 godziny przez siedem dni w tygodniu. Stanowisko kierownika zmiany. |  |  |  |
| **2.** | **Posterunek nr 2** – budynek Pawilon Ginekologiczno - Położniczy – posterunek jednoosobowy. Czas pracy codziennie w dni powszednie w godzinach od 15.00 – 8.00. Niedziela, święta oraz dni wolne od pracy – całodobowo. |  |  |  |
| **3.** | **Posterunek nr 3** - wejście do budynku głównego szpitala/wejście do budynku szpitala na poziomie 0 – posterunek jednoosobowy. Czas pracy codziennie, w dni powszednie– w godzinach od 19.00 – 7.00. Niedziela, święta oraz dni wolne od pracy – całodobowo. |  |  |  |
| **4.** | **Posterunek nr 4** – portiernia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) - posterunek stały jednoosobowy. Czas pracy 24 godziny przez siedem dni w tygodniu. |  |  |  |
| **5.** | **Posterunek nr 5 –** budynek Centrum Rehabilitacji/brama główna wjazdowa od ulicy Narutowicza – posterunek jednoosobowy. Czas pracy codziennie w dni powszednie w godzinach od 15.00 – 8.00. Niedziela, święta oraz dni wolne od pracy – całodobowo. |  |  |  |
| **6.** | **Grupa interwencyjna** - usługa ochrony osób i mienia w formie gotowości do interwencji oraz bezpośredniej interwencji załogi grupy interwencyjnej, po otrzymaniu powiadomienia o konieczności jej wykonania. |  |  |  |
| **7.** | **RAZEM:** |  |  |  |

Oświadczamy, że powyższa cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający za wykonanie przedmiotu zamówienia.

**Uwaga:**

1. Dla każdej pozycji formularza cenowego kwota ryczałtowa brutto za okres 12 miesięcy w PLN (kolumna nr 5) = kwota ryczałtowa netto za 1 miesiąc usługi (kolumna nr 3) + stawka podatku Vat % (kolumna nr 4) x 12 (okres 12 miesięcy).
2. W pozycji „Razem” (wiersz nr 7) Wykonawca wpisuje **sumę** kwot pozycji wszystkich wierszy kolumny nr 3 „Kwota ryczałtowa netto za 1 miesiąc usługi w PLN” oraz **sumę** kwot pozycji wszystkich wierszy kolumny nr 5 „Kwota ryczałtowa brutto okres za 12 miesięcy w PLN” .

**Kwota z pozycji „RAZEM” wiersz 7 kolumna nr 5 będzie stanowić cenę oferty za wykonanie usługi w okresie 12 miesięcy.**

Zamawiający dopuszcza, aby określone przez Wykonawcę ceny ryczałtowe brutto były podane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, dopuszcza się możliwość zaokrąglenia cen zgodnie z zasadami matematycznymi.

................................................. dnia ...................... r.

............................................................................

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*