**Załącznik nr 2 do SWZ** (wzór) **NALEŻY ZŁOŻYĆ WRAZ Z OFERTĄ**

**KOSZTORYS**

**Świadczenie usług ochrony fizycznej i mienia**

**w obiekcie i na terenie Regionalnego Centrum Profilaktyki Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Rogoźnie.**

**Nazwa i adres Wykonawcy :**

*(imię i nazwisko/ firma, adres zamieszkania w przypadku Wykonawców będących osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą):*

**.........................................................................................................**

**ul.** .......................................................,

**kod pocztowy:** ....................................,

1. **CENA.**

**CENA JEDNOSTKOWA** ryczałtowa świadczenia **OCHRONY PRZEZ 1 GODZINĘ**: ………… **zł brutto**

**X 6870 godzin ochrony**

**= CENA ŁĄCZNA BRUTTO ZA WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, tj. ZA 6870 GODZIN OCHRONY = …………………………….. zł BRUTTO.**

1. **CZAS DOJAZDU GRUPY INTERWENCYJNEJ.**

**……………… MINUT - Czas dojazdu grupy interwencyjnej Wykonawcy do siedziby Zamawiającego w Rogoźnie przy ul. Wielkiej Poznańskiej 89.**

*W sytuacji nie wpisania przez Wykonawcę czasu dojazdu grupy interwencyjnej Wykonawcy do siedziby Zamawiającego w Rogoźnie przy ul. Wielkiej Poznańskiej 89, Zamawiający przyjmie, że czas ten wynosi więcej niż 10 minut (min) i przyzna Wykonawcy 0 pkt w kryterium oceny ofert „Czas dojazdu grupy interwencyjnej”.*

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

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

*kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*)