**DT/DOAZ/13/2025**  **Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**„Ochrona fizyczna osób i mienia Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu” DT/DOAZ/13/2025**

**CENA OFERTY (C)   
(waga** - **100 punktów)**

**Oferuję / oferujemy** wykonanie przedmiotowego zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba miesięcy** | **Cena jednostkowa**  **za miesiąc netto** | **wartość**  **VAT za miesiąc** | **Cena jednostkowa**  **za miesiąc brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 (3 x 4) | 8 (3 x 6) |
| **1.** | **Usługa ochrony całodobowej** | **12** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM - CENA OFERTY (C):**  (maksymalne wynagrodzenie Wykonawcy za całość przedmiotu zamówienia) | | | | |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dokument podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym/podpisem**

**zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy.**