**AT.26.8.2020.BM Załącznik nr 3 do SIWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

Kwoty należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, zgodnie z polskim systemem płatniczym po zaokrągleniu do pełnych groszy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | Prognozowana | | | |  | Cena netto | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Prognozowa | liczba Pakietów | | | | Jednostkowa | w całym | |  | Cena brutto |  |
|  |  |  |  |  |  | na | w całym okresie | | | | okresie | |  | w całym |  |
|  |  |  |  | Nazwa Pakietu |  | cena |  |  |
| Lp. | |  |  |  | miesięczna | obowiązywania | | | | obowiązyw | |  | okresie |  |
|  |  | Usług |  | miesięczna |  |  |
|  |  |  |  |  | liczba | Umowy\* | | | | ania | |  | obowiązywa |  |
|  |  |  |  |  |  | netto\*\* |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Pakietów\* |  |  |  | | Umowy | |  | nia Umowy |  |
|  |  |  |  |  |  | (C x 36) | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | (D x E) | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | A |  |  | B |  | C | D | | |  | E | F | |  | G |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | |  | Pakiet Medycyny | |  | 101 | 3636 | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pracy | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | |  | Pakiet | |  | 101 | 3636 | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pracowniczy | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | SUMA K1\*\*\*: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | |  | Pakiet | |  | 50 | 1800 | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Stomatologiczny | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | |  | Pakiet Partnerski | |  | 60 | 2160 | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | |  | Pakiet Rodzinny | |  | 40 | 1440 | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | SUMA K2\*\*\*\*: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | SUMA (SUMA K1 + SUMA K2): | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) | | | |  | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej | | | |  |  |  |  |
|  | Lp. | |  | do występowania w obrocie prawnym lub | | | |  |  | Miejscowość i data | | |
|  |  |  |  | | (ych) |  |  |
|  |  |  |  | posiadającej (ych) pełnomocnictwo | | | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

* Liczba Pakietów, określona w kolumnach C i D, jest liczbą szacunkową i została przyjęta dla celów porównania ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej. Faktyczna liczba zamawianych Pakietów medycznych zależeć będzie od bieżących potrzeb Zamawiającego. Wykonawcy nie przysługuje wobec Zamawiającego roszczenie o zakup Pakietów w liczbach, wskazanych w kolumnach C i D.
* Suma jednostkowych cen miesięcznych za Pakiet Medycyny Pracy oraz Pakiet Pracowniczy nie może wynosić więcej niż 75 PLN.

\*\*\*Suma K1 – suma cen w całym okresie obowiązywania Umowy, oceniania w ramach pierwszego kryterium oceny ofert (suma cen za Pakiet Medycyny Pracy oraz Pakiet Pracowniczy).

* Suma K2 - suma cen w całym okresie obowiązywania Umowy, oceniania w ramach drugiego kryterium oceny ofert (suma cen za Pakiet Stomatologiczny, Pakiet Partnerski, Pakiet Rodzinny).