*……………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..*

*Nazwa i adres firmy:*

**FORMULARZ CENOWY**

Proszę o podanie szacunkowej ceny netto i brutto za wykonanie usługi w wariantach (czas trwania usługi odpowiednio: 24 m-ce i 48 m-cy) wg załączonych tabel:

**Wariant 1 – czas wykonywania usługi 24 m-ce**

***Część I***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Miesięczna ryczałtowa cena brutto za 1 pracownika** |
| **Wartość netto w PLN** | **Wartość podatku VAT w PLN** | **Wartość brutto w PLN** |
| 1 | Opieka medyczna w zakresie medycyny pracy |  |  |  |

***Część II***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Miesięczna ryczałtowa cena brutto za 1 pakiet** |
| **Wartość netto w PLN** | **Wartość podatku VAT w PLN** | **Wartość brutto w PLN** |
| 1 | Opieka medyczna pakiet medyczny dla pracownika |  |  |  |
| 2 | Opieka medyczna – pakiet medyczny dla pracownika i członków rodziny (małżonek i dzieci uczące się do 25 r. ż.) |  |  |  |
| 3 | Opieka medyczna pakiet medyczny dla emeryta |  |  |  |

**Wariant 2 - czas wykonania usługi 48 m-cy**

***Część I***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Miesięczna ryczałtowa cena brutto za 1 pracownika** |
| **Wartość netto w PLN** | **Wartość podatku VAT w PLN** | **Wartość brutto w PLN** |
| 1 | Opieka medyczna w zakresie medycyny pracy |  |  |  |

***Część II***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Miesięczna ryczałtowa cena brutto za 1 pakiet** |
| **Wartość netto w PLN** | **Wartość podatku VAT w PLN** | **Wartość brutto w PLN** |
| 1 | Opieka medyczna pakiet medyczny dla pracownika |  |  |  |
| 2 | Opieka medyczna – pakiet medyczny dla pracownika i członków rodziny (małżonek i dzieci uczące się do 25 r. ż.) |  |  |  |
| 3 | Opieka medyczna pakiet medyczny dla emeryta |  |  |  |

………………………………………..

*Podpis osoby upoważnionej*

*…………………., dn. …… stycznia 2023 r.*