Załącznik nr 1–Formularz cenowy

*………………………………..*

*nazwa Wykonawcy*

*…………………………………*

*adres Wykonawcy*

*…………………………………*

*telefon, faks, e-mail*

**OSZACOWANIE**

W odpowiedzi na prośbę o dokonanie szacunkowej wyceny realizacji zamówienia polegającego na **Świadczeniu usługi monitorowania systemu napadowego i działanie grup interwencyjnych w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu przy ul. Głogowskiej 25B** w okresie 12 m-cy tj. od 15.05.2025r. do14.05.2026r., którego zakres został określony w opisie przedmiotu zamówieni (w prośbie o oszacowanie wartości zamówienia usługi) **informujemy, że** szacunkowa wartość wykonania opisanej usługi wynosi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Świadczenie usług** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **wartość netto (PLN)** | **Podatek**  **VAT**  **(PLN)** | **wartość brutto (PLN)**  **kol.4 + kol.5** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **5** |
| 1 | Abonament za gotowość do działań ochronnych pracowników Grupy Interwencyjnej (umowa na 12 m-cy). | ……………zł/mc | (kol.3 x 12 m-cy)  ……………………zł |  |  |
| 2 | interwencja  (przewidywana ilość interwencji w czasie trwania umowy – 5) | ……………zł/interwencja | (kol.3 x 5 interw.)  ………………….zł |  |  |
| Razem | | |  |  |  |

Cena obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją usługi.

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

*( podpis Wykonawcy)*

.........................................., dnia ……..…….. 2025 roku