**Załącznik nr 1b do SWZ**

**Zamawiający:**

**Dom Pomocy Społecznej im. F. Malskiej**

**ul. Tarnowska 10, 25-394 Kielce**

**Wykonawca:**

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**F O R M U L A R Z A S O R T Y M E N T O W O - C E N O W Y**

**DOSTAWA JAJ**

| **L.p.** | ASORTYMENT/gramatura | J.m. | Planowana ilość | Cena BRUTTOjednostkowa | Wartość BRUTTO( Ilość x cena jednostkowa brutto) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | JAJA "L" DEZYNFEKOWANE | SZT | 21000 |  |  |

**UWAGA!**

1. **Ceny jednostkowe należy podać do dwóch miejsc po przecinku**
2. **Wartość brutto z FORMULARZA należy przenieść do formularza ofertowego.**