Załącznik nr 3.

**SZCZEGÓŁOWA WYCENA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **usługa hotelowa dla pacjentów Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach** | **liczba osobodni w okresie 12 miesięcy** | **cena netto za jeden osobodzień \*** | **cena brutto za jeden osobodzień\*** | **cena netto za 5000 osobodni w okresie obowiązywania umowy umowy\*** | **cena brutto za 5000 osobodni w okresie obowiązywania umowy umowy\*** |
| 1. | 20 miejsc noclegowych:  w okresie miesiąca kalendarzowego,  z wyłączeniem, niedziel i dni świątecznych (pok. 1 lub 2 osobowe zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia) | 5000 |  |  |  |  |