**Załącznik nr 2b do siwz**

**FORMULARZ CENOWY**

**Świadczenie usługi dostępu do Internetu w jednostkach podległych Powiatowi Skarżyskiemu** **od dnia 01.10.2015r. do dnia 30.09.2017r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cena brutto za 1 miesiąc dla jednej jednostki podległej** | **Liczba jednostek** | **Cena brutto dla 6 jednostek podległych za 1 miesiąc****(kol.1\*kol.2)** | **Ilość miesięcy** | **Całkowita wartość brutto****(kol. 3 \*kol.4)** | **Całkowita wartość netto** | **Podatek VAT** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** |
|  | **6** |  | **24** |  |  |  |

 .............................................., dnia .................... r.

 ***................................................................***

 *(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*