**Załącznik nr 4 – Formularz cenowy**

**FORMULARZ CENOWY**

**Nazwa zamówienia:**

**Usługa dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Urzędu Gminy w Wólce wraz z jednostkami podległymi oraz członków ich rodzin.**

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego

**1. Zamawiający:**

**Urząd Gminy w Wólce**

**Jakubowice Murowane 8**

**20-258 Lublin 62**

**2. Kalkulacja cenowa:**

| Lp | **Wysokość miesięcznej składki dla 1 Ubezpieczonego w PLN** | **Szacowana liczba ubezpieczonych w każdej grupie Świadczeń** | **Liczba miesięcznych składek w okresie ubezpieczenia** | Cena w PLN |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 1 × 2 × 3 = 4 |
| 1 | Cena: ……..<br>słownie: ……..<br>…… | I grupa Świadczeń<br>101 osób | 36 | |
| 2 | Cena: ……..<br>słownie: ……..<br>…… | II grupa Świadczeń<br>52 osoby | 36 | |
| | | | **CENA RAZEM:** | **PLN** |

**CENA RAZEM: …… PLN**
**(SŁOWNIE): …… PLN**

## Podpis(y):

| L.p. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)/ Pieczęć (cie) Wykonawcy(ów) | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Miejscowość i data |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |