M-2373-19/2020 Załącznik nr 3a do SIWZ

**Specyfikacja ilościowa diet**

…………………………………………………….

(pieczęć oferenta)

**Usługi w zakresie żywienia pacjentów dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie, ul. Szpitalna 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **Rodzaj diety** | **Udział procentowy poszczególnych diet** | **Szacunkowa ilość poszczególnych diet** | **Ilość posiłków w okresie 36 miesięcy** |
| 1 | 2 | 4 | 5 | 6 |
|  | **Oddział Chorób Wewnętrznych** |  |  |  |
| **A** | Łatwostrawna | 60% | 30 000 |  |
| **B** | Wątrobowa | 3% | 1500 |  |
| **C** | Cukrzycowa | 30% | 15000 | 50 000 |
| **D** | Kleikowa | 1% | 500 |  |
| **E** | Według zaleceń lekarskich | 6% | 3000 |  |
|  | **Oddział Chirurgii Jednego Dnia (jadłospis stały)** |  |  |  |
| **F** | Śniadanie |  |  |  |
| **G** | Kolacja  | 100,00% | 3000 | 3000 |
|  |  |  |  |  |

………………………………………… ………………………………………….

Data Podpis osoby uprawnionej