*Załącznik nr 8 do SWZ*

|  |
| --- |
| **Nr Sprawy: ABM-ZP-9/2023** |
| **Wykonawca(y)** *(Nazwa i adres)***:** |  |

## FORMULARZ CENOWY

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa:  | **Agencja Badań Medycznych** |
| Tytuł zamówienia: | **Kompleksowa usługa organizacji logistycznej warsztatów w Warszawie** |
| Numer referencyjny: | **ABM-ZP-9/2023** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: | ……………………………………………… |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **Działanie** | **Maksymalna liczba jednostek** | **Cena** **jednostkowa** **brutto** | **CENA RAZEM BRUTTO** |
| **1** | **2** | **3 (kol. 1 \* kol. 2)** |
| 1 | Zakwaterowanie (5 pełnych dób hotelowych) | **100 osób** |  |  |
| 2 | Usługa cateringowa i/lub gastronomiczna wraz z obsługą (za wszystkie dni warsztatów) | **110 osób** |  |  |
| 3 | Pozostałe - koszty stałe niezależne od liczby uczestników (nie dotyczące zakwaterowania oraz usługi cateringowej i/lub gastronomicznej wraz z obsługą) | **ryczałt** |  |
|  | **Suma poz. 1-3** |  |

Pozycja **Suma** stanowi cenę oferty i należy ją przenieść do interaktywnego Formularza ofertowego.

***Należy pamiętać o opatrzeniu formularza kwalifikowanym podpisem elektronicznym****.*