**Formularz Wartości Szacunkowej na świadczenie usługi cateringowej**

**Wykonawca\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………………  ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej NIP:** | ……………………………………………… |
| **REGON:** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:** | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:**  **Telefon:**  **Adres e-mail:**  **Faks:** | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |

***\*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców***

Działając w imieniu wymienionego(ch) powyżej wykonawcy(ów) szacujemy wartość zamówienia określonego w OPZ na na świadczenie usługi cateringowej dla Agencji Badań Medycznych.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Przewidywana liczba osób podczas jednego wydarzenia** | **Przewidywana liczba wydarzeń** | **RAZEM NETTO** | **RAZEM  BRUTTO** |
| **B** | **C** | **D** | **E** | **F = B \* D\*E** | **G= C\*D\*E** |
| Pakiet A wraz z dostarczeniem, obsługą, sprzętem |  |  | **15** | 4 |  |  |
| Pakiet B wraz z dostarczeniem, obsługą, sprzętem |  |  | **20** | 5 |  |  |
| Pakiet C wraz z dostarczeniem, obsługą, sprzętem |  |  | **30** | 5 |  |  |
| Pakiet D wraz z dostarczeniem, obsługą, sprzętem |  |  | **20** | 5 |  |  |
| **ŁĄCZNIE NETTO** | | | | |  |  |
| **ŁĄCZNIE BRUTTO** | | | | |  |  |