**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

Nazwa i adres Wykonawcy:…………………………………………………………………………

NIP: ……………………………………………………………………………………………………………

REGON:.…………………………………………………………………………………………………

dla Agencji Badań Medycznych, 00-014 Warszawa, ul. Stanisława Moniuszki 1A, nr tel. +48 22 2707069

**ODPOWIEDŹ NA ROZEZNANIE CENOWE**

**na wynajem długookresowy pojazdu osobowego na potrzeby**

**Agencji Badań Medycznych**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł **netto** (słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych \_\_\_\_/100), tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł **brutto** (słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych \_\_\_\_/100), zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj pojazdu osobowego** | **Liczba szt.** | **Liczba miesięcy najmu** | **Cena netto za 1 miesiąc najmu** | **Cena brutto za 1 miesiąc najmu** | **Wartość brutto łącznie** | **Stawka VAT %** |
|  | 1 | 36 |  |  |  | ……..% |

1. Oferujemynastępujące opłaty za przekroczenie limitu kilometrów ponad zadeklarowany w wysokości ……………………. zł brutto za 1 km.
2. Oferujemy zwiększony limit rocznego przebiegu kilometrów o ………………. km.

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA POJAZDU**

|  |  |
| --- | --- |
| L. P. | *UWAGA! Poszczególne składniki wyposażenia muszą stanowić wyposażenie fabryczne montowane przez producenta pojazdu.* |
| **Segment II – pojazd osobowy klasy D (średnia) wg. Instytutu Badania Rynku Motoryzacyjnego SAMAR** |
|  | **WYMAGANIE:** | **PARAMETRY OFEROWANEGO POJAZDU:** |
| 1 | PRODUCENT – MARKA | ………………………. |
| 2 | MODEL | ………………………. |
| 3 | ROCZNIK – 2020 R.  | rocznik …………  |
| 4 | TYP NADWOZIA HATCHBACK LUB SEDAN - 5 OSOBOWY | typ nadwozia  *…………liczba osób* |
| 5 | SILNIK BENZYNOWY | tak/nie |
| 6 | POJEMNOŚĆ SILNIKA 2000 CM3, Z MOŻLIWOŚCIĄ ODCHYLENIA O 2% POJEMNOŚCI, MUSI WYNIKAĆ Z JEGO HOMOLOGACJI​ | pojemność silnika ….. *dm 3*  |
| 7 | MOC SILNIKA - MIN 200 kW - MUSI WYNIKAĆ Z JEGO HOMOLOGACJI | moc silnika ……….*kw - musi wynikać z jego homologacji* |
| 8 | DŁUGOŚĆ - MIN. 4850 MM LICZONA BEZ HAKA HOLOWNICZEGO | długość …… *mm liczona bez haka holowniczego* |
| 9 | SZEROKOŚĆ BEZ LUSTEREK - MIN. 1850 MM. | szerokość bez lusterek *…. mm.* |
| 10 | ROZSTAW OSI - MIN 2800 MM.  | rozstaw osi ……… *mm.*  |
| 11 | POJEMNOŚĆ BAGAŻNIKA (MIN 600 L BEZ SKŁADANIA TYLNEJ KANAPY) | pojemność bagażnika …… *l bez składania tylnej kanapy -* |
| 12 | ŚREDNICA ZAWRACANIA – max 12m | tak/nie |
| 13 | AUTOMATYCZNA SKRZYNIA BIEGÓW  | tak/nie |
| 14 | NADWOZIE ŁĄCZENIE Z LUSTERKAMI ZEWNĘTRZNYMI ORAZ ZDERZAKAMI W KOLORZE CZARNYM LUB GRAFITOWYM, LAKIER METALIZOWANY LUB PERŁOWY | nadwozie łączenie z lusterkami zewnętrznymi oraz zderzakami w kolorze ............…….., lakier …...............…...metalizowany -tak/nie, perłowy – tak/nie |
| 15 | OBRĘCZE KÓŁ ZE STOPÓW LEKKICH – 18’ | tak/nie |
| 16 | PODUSZKI POWIETRZNE - MIN. 6 W TYM KURTYNY BOCZNE ORAZ BOCZNE ORAZ PODUSZKI POWIETRZNE DLA ZEWNĘTRZNYCH MIEJSC TYLNEJ KANAPY | poduszki powietrzne -……..*w tym kurtyny boczne oraz boczne poduszki powietrzne tak/nie**tak/nie* |
| 17 | ELEKTRONICZNE SYSTEMY ZWIĘKSZAJĄCE BEZPIECZEŃSTWO-MIN. ABS, ASR, TPM LUB TPMS ORAZ SYSTEM KONTROLI TRAKCJI | elektroniczne systemy zwiększające bezpieczeństwo (zaznaczyć odpowiednio)*abs - tak/nie, .asr - tak/nie,* *tpm - tak/nie tpms - tak/nie**system kontroli trakcji - tak/nie**inne: ..................................................................................* |
| 18 | ZDALNIE STEROWANY CENTRALNY ZAMEK Z ALARMEM + IMMOBILISER | tak/nie |
| 19 | KLIMATYZACJA AUTOMATYCZNA TRÓJSTREFOWA | tak/nie |
| 20 | LUSTERKA BOCZNE ELEKTRYCZNIE STEROWANE, SKŁADANE I PODGRZEWANE | tak/nie |
| 21 | KIEROWNICA WIELOFUNKCYJNA | tak/nie |
| 22 | REGULOWANA KOLUMNA KIEROWNICY W DWÓCH PŁASZCZYZNACH | tak/nie |
| 23 | WSPOMAGANIE UKŁADU KIEROWNICZEGO | tak/nie |
| 24 | FABRYCZNA INSTALACJA RADIOWA - MIN. 4 GŁOŚNIKI + RADIO CD/MP3  | fabryczna instalacja radiowa *tak/nie* liczba głośników: ..........….*….**radio cd/mp3 – tak/nie* |
| 25 | KOMPUTER POKŁADOWY Z KOLOROWYM WYŚWIETLACZEM | tak/nie |
| 26 | FABRYCZNA NAWIGACJA Z MAPĄ KRAJÓW UNII EUROPEJSKIEJ | tak/nie |
| 27 | FABRYCZNY SAMOCHODOWY ZESTAW GŁOŚNOMÓWIĄCY  | tak/nie |
| 28 | FOTELE PRZEDNIE OGRZEWANE REGULOWANE ELEKTRYCZNIE, FOTEL KIEROWCY Z FUNKCJĄ ZAPAMIĘTYWANIA USTAWIENIA - MIN. 2 USTAWIENIA | fotele przednie ogrzewane regulowane elektrycznie- *tak/nie*fotel kierowcy z funkcją zapamiętywania ustawienia *tak/nie* ilość *ustawień: ................* |
| 29 | ROLETY PRZECIWSŁONECZNE - SZYBA TYLNA I BOCZNE SZYBY Z TYŁU | tak/nie |
| 30 | CZUJNIKI PARKOWANIA PRZÓD (SZT. 4) I TYŁ (SZT. 4) KAMERA COFANIA | tak/nie |
| 31 | TAPICERKA SÓRZANA, BEŻOWA | materiał tapicerkiskóra tak/niebeż tak/nie |
| 32 | ELEKTRYCZNIE STEROWANE SZYBY Z PRZODU I Z TYŁU | tak/nie |
| 33 | REFLEKTORY KSENONOWE LUB BI-KSENONOWE LUB W TECHNOLOGII LED ZE ŚWIATŁAMI DO JAZDY DZIENNEJ | rodzaj reflektorów:ksenonowe tak/niebi-ksenonowe tak/niew technologii led ze światłami do jazdy dziennej tak/nie  |
| 34 | REFLEKTORY PRZEDNIE PRZECIWMGIELNE | tak/nie |
| 35 | LUSTERKO WEWNĘTRZNE AUTOMATYCZNIE ŚCIEMNIAJĄCE SIĘ | tak/nie |
| 36 | CZUJNIK DESZCZU | tak/nie |
| 37 | GNIAZDO 230V, DOSTĘPNE W TYLNEJ CZĘŚCI PASAŻERSKIEJ  | tak/nie |
| 38 | DYWANIKI PODŁOGOWE WELUROWE | tak/nie |
| 39 | AUTOMATYCZNA ZMIANA ŚWIATEŁ DZIENNYCH NA ŚWIATŁA MIJANIA | tak/nie |
| 40 | FUNKCJA DOŚWIETLANIA ZAKRĘTÓW | tak/nie |
| 41 | ZAGŁÓWKI DLA WSZYSTKICH SIEDZEŃ Z REGULACJĄ WYSOKOŚCI | tak/nie |
| 42 | PODŁOKIETNIK POMIĘDZY FOTELAMI Z PRZODU | tak/nie |
| 43 | ROZKŁADANY PODŁOKIETNIK W TYLNEJ KANAPIE | tak/nie |
| 44 | KOŁO ZAPASOWE W PEŁNYCH WYMIARACH LUB DOJAZDOWE WRAZ Z KLUCZEM DO KÓŁ I LEWARKIEM | tak/nie |
| 45 | GAŚNICA, APTECZKA PIERWSZEJ POMOCY I TRÓJKĄT OSTRZEGAWCZY. | tak/nie |
| 46 | NORMA DOPUSZCZALNYCH EMISJI SPALIN DLA STANDARDU EURO 6 | tak/nie |
| 47 | NAPĘD NA CZTERY KOŁA  | napędna na ……………………………………… |

*Miejsce i data......................... ........................................................................*

*Podpis Wykonawcy albo osoby*

*lub osób uprawionych do reprezentowania Wykonawcy*