

Postępowanie nr 2/POL/2017

Załącznik nr 1 do SIWZ

OFERTA CENOWA

Pełna nazwa i adres Wykonawcy:

(w przypadku oferty składanej wspólnie należy wymienić wszystkie podmioty wchodzące w skład, np. konsorcjum, spółki cywilnej)

.....

tel.....faks:.....e-mail:.....

NIP:..... REGON:..... województwo:

Należę do mikro/ średnich lub małych przedsiębiorców: TAK NIE

**Oferujemy wykonanie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:
 wykonanie usługi polegającej na zorganizowaniu i przeprowadzeniu szkoleń
 wraz z zapewnieniem usług hotelowo – konferencyjnych i gastronomicznych
 na 1 (jedną) dwudniową Konferencję Szkoleniową Koordynatorów
 na poniższych warunkach:**

CAŁKOWITA WARTOŚĆ OFERTY NETTO:

Słownie:

CAŁKOWITA WARTOŚĆ OFERTY BRUTTO*:

Słownie:

Stawka VAT: %

Podział kosztów (wymagane wypełnienie tabeli):

Rodzaj kosztów	Wartość brutto wypełnia Wykonawca
Koszty noclegu	
Koszty wyżywienia	
Koszty sal wykładowych oraz ich obsługi	
Koszty pośrednie**	
Stałe koszty wynagrodzeń wykładowców	15.000 zł
CAŁKOWITA WARTOŚĆ OFERTY BRUTTO	

*podana cena obejmuje wszystkie koszty związane z prawidłowym wykonaniem całości przedmiotu zamówienia

****UWAGA! KOSZTY POŚREDNIE NIE MOGĄ PRZEKROCZYĆ 25% CAŁKOWITEJ WARTOŚCI OFERTY BRUTTO**

.....dnia.....
 Miejscowość

.....
 (pieczętka i podpis osoby
 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń. Tym samym zobowiązujemy się do spełnienia wszystkich warunków zawartych w SIWZ.
2. Oświadczamy, że akceptujemy projekt umowy. Jednocześnie zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty podpisać umowę bez zastrzeżeń, w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego
3. Oświadczamy, że cena ofertowa zawiera wszystkie koszty związane z prawidłowym wykonaniem całości przedmiotu zamówienia.
4. Nadzór nad realizacją umowy ze strony Wykonawcy będzie pełnił/a:

tel., e-mail:

**NAZWA I DOKŁADNY ADRES OFEROWANEGO HOTELU/ CENTRUM KONFERENCYJNEGO,
W KTÓRY ODBĘDZIE KONFERENCJA:**

.....
.....

Standard ww. hotelu/ centrum konferencyjnego: (podać liczbę gwiazdek)

OFEROWANY TERMIN SZKOLENIA - do wyboru:

- 1) data preferowana przez Zamawiającego i premiovana dodatkowymi punktami, tj.:

23-24.11.2017 r.; 27-28.11.2017 r.:

(należy wpisać dokładną datę)

- 2) lub w innym terminie w dni powszednie (poniedziałek-piątek) do 10.12.2017 r.:

..... (należy wpisać dokładną proponowaną datę z zastrzeżeniem,

że ostateczny termin podlegać będzie uzgodnieniu z Zamawiającym).

.....dnia.....

Miejscowość

.....
(pieczętka i podpis osoby
upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)



Zrealizowano ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach
Programu Wieloletniego na lata 2011-2020 pod nazwą
"Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej"

