**Formularz Wartości Szacunkowej**

**na świadczenie usługi ewaluacji finansowej**

**Wykonawca\***

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

***\*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 **świadczenie usługi realizacji ewaluacji finansowej** dla Agencji Badań Medycznych.

Szacunkowa wycena:

**Cena oferty netto**..........................................PLN (słownie:........................................................................................................................../100

**Cena oferty brutto**........................................PLN

(słownie........................................................................................................................../100)

Niniejsza informacja nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych. Informacja ta ma na celu wyłącznie oszacowanie wartości zamówienia.

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

*Podpis Wykonawcy albo osoby*

*lub osób uprawionych do reprezentowania Wykonawcy*