**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

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

NIP: ……………………………; REGON:.………………………

dla Agencji Badań Medycznych, 00-014 Warszawa, ul. Stanisława Moniuszki 1A, nr tel. +48 22 270 70 69

**ODPOWIEDŹ NA ROZEZNANIE CENOWE**

**na usługę sprzątania na potrzeby Agencji Badań Medycznych na okres 1 roku**

Szacujemy wartość zamówienia określonego w OPZ na:

**cenę netto (bez podatku VAT): …………………………… PLN**

**cenę brutto (z podatkiem VAT): ………………………..… PLN**

słownie: ……………..…………………………………………………………………… …/100

zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za świadczenie usług miesięcznie w zł**  | **Stawka podatku VAT – w %** | **Cena brutto za świadczenie usług miesięcznie w zł** **(kol. 2 x kol. 3)** | **Liczba miesięcy** | **Łączna wartość netto – w zł** **(kol. 2 x kol. 5)** | **Wartość podatku VAT – w zł** **(kol. 3 x kol. 6)** | **Łączna wartość brutto – w zł** **(kol. 6 + kol. 7) =****CENA OFERTY BRUTTO** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1.**  | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych na piętrze XII** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **11** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |
| **2** | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych na piętrze XI** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **12** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |
| **3** | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych na piętrze IX** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **12** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |
| **OPCJA** |
| **4** | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych sprzątania na dodatkowej Powierzchni nr 1** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **11** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |
| **5** | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych sprzątania na dodatkowej Powierzchni nr 2** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **7** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CENA CAŁKOWITA OFERTY NETTO (suma pozycji od nr 1 do nr 5)\*:** | ***…………*** |  |  |
| **CENA CAŁKOWITA OFERTY BRUTTO (suma pozycji od nr 1 do nr 5)\*:** |  | ***……………*** |

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*

**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 usługę sprzątania na potrzeby Agencji Badań Medycznych na okres 2 lat**

Szacujemy wartość zamówienia określonego w OPZ na:

**cenę netto (bez podatku VAT): …………………………… PLN**

**cenę brutto (z podatkiem VAT): ………………………..… PLN**

słownie: ……………..…………………………………………………………………… …/100

zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za świadczenie usług miesięcznie w zł**  | **Stawka podatku VAT – w %** | **Cena brutto za świadczenie usług miesięcznie w zł** **(kol. 2 x kol. 3)** | **Liczba miesięcy** | **Łączna wartość netto – w zł** **(kol. 2 x kol. 5)** | **Wartość podatku VAT – w zł** **(kol. 3 x kol. 6)** | **Łączna wartość brutto – w zł** **(kol. 6 + kol. 7) =****CENA OFERTY BRUTTO** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1.**  | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych na piętrze XII** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **23** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |
| **2** | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych na piętrze XI** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **24** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |
| **3** | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych na piętrze IX** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **24** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |
| **OPCJA** |
| **4** | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych sprzątania na dodatkowej Powierzchni nr 1** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **23** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |
| **5** | **Kompleksowe usługi sprzątania w siedzibie Agencji Badań Medycznych sprzątania na dodatkowej Powierzchni nr 2** | **………… zł** | **……….. %** | **………… zł** | **19** | **………… zł** | **………… zł** | **…………\* zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CENA CAŁKOWITA OFERTY NETTO (suma pozycji od nr 1 do nr 5)\*:** | ***…………*** |  |  |
| **CENA CAŁKOWITA OFERTY BRUTTO (suma pozycji od nr 1 do nr 5)\*:** |  | ***……………*** |

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*