**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy:** | ……………………………………………… |
| **Adres lub siedziba:** | ……………………………………………… |
| **Telefon:****Adres e-mail:** | ……………………………………………………………………………………………… |

**Odpowiadając na skierowane do nas zapytanie o cenę dostawy mebli wraz z montażem dla Agencji Badań Medycznych** **oferuję wykonanie zamówienia za cenę całkowitą:**

netto ........................................................PLN,

brutto........................................................PLN.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia**  | **Jednostka** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN\*** | **Stawka** **VAT**  **(w %)** | **Cena jednostkowa brutto w PLN\*** | **Wartość netto bez VAT w PLN\*** | **Wartość brutto z VAT w PLN\*** | **Producent** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1 | Kontener mobilny | szt. | 23 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Szafa aktowa | szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Szafa ubraniowa wąska | szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Szafa aktowa niska | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Biurko pracownicze | szt. | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Biurko pracownicze dyrektorskie | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Stolik okrągły z podstawą talerzową (mały) | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Ergonomiczny fotel obrotowy | szt. | 17 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Fotel konferencyjny | szt. | 18 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Kanapa dwuosobowa z bokami na płozie | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Fotel z bokami na płozie  | szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Stół konferencyjny składany | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość całkowita netto w PLN** |  |  |  |
| **Wartość całkowita brutto w PLN** |  |  |

\* Ceny należy podać w PLN z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

**Termin realizacji zamówienia (w tyg.)…………………**

**Oferowana cena obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Wykonawca, w tym koszty dostawy do  siedziby Agencji Badań Medycznych w Warszawie przy ul. Stanisława Moniuszki 1 A, koszty wniesienia i rozładunku w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, koszty montażu i ustawienia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, koszty opakowania, koszty usunięcia opakowań oraz pozostałości po dostawie przedmiotu zamówienia, koszty gwarancji i rękojmi, koszty ubezpieczenia na czas transportu oraz wszelkie należne inne opłaty i podatki wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, a także ewentualne opusty i rabaty i nie będzie podlegała zwiększeniu w okresie realizacji Umowy w  przypadku wyboru mojej/ naszej oferty.**

…………………., dnia ....../....../............r. ................................................

Podpis osoby/osób upoważnionej(ych) do występowania w imieniu Wykonawcy\*