**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

**na** **świadczenie usług w zakresie przygotowywania analiz finansowych przedsiębiorstw, analiz/oceny założeń budżetu projektów we wnioskach o dofinansowanie i analiz/oceny zmian finansowych w budżetach projektów**

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

NIP: ……………………………; REGON:.………………………

dla Agencji Badań Medycznych, 00-014 Warszawa, ul. Stanisława Moniuszki 1A

**ODPOWIEDŹ NA ROZEZNANIE CENOWE na świadczenie usług w powyższym zakresie na potrzeby Agencji Badań Medycznych**

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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Analiza sytuacji finansowej przedsiębiorstwa**  **Analiza/ocena założeń budżetu projektów we wnioskach o dofinansowanie**  **Analiza/ocena zmian finansowych w budżetach projektów** | | | | |
| **Szacowana liczba analiz (243)** | **Rodzaj analizy** | **Cena jednostkowa netto w PLN**  **(za jedną analizę)** | **Stawka**  **VAT**  **(w %)** | **Cena jednostkowa brutto**  **w PLN** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 125 | Analiza finansowa przedsiębiorstwa |  |  |  |
| 98 | Analiza/ocena założeń budżetu projektu we wnioskach o dofinansowanie |  |  |  |
| 20 | Analiza/ocena zmian finansowych w budżetach projektów |  |  |  |
| Łączna szacunkowa wartość realizacji zamówienia | |  |  |  |

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.

*Miejscowość, data Podpis osoby upoważnionej ze strony Wykonawcy*

………………………………… ……………………………………………………