**Formularz Wartości Szacunkowej**

**na świadczenie kompleksowej usługi konferencyjnej**

**Wykonawca\***

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

***\*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 na świadczenie kompleksowej usługi konferencyjnej dla Agencji Badań Medycznych.

**Kalkulacja ceny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Działanie** | **Maksymalna liczba jednostek** | **Cena jednostkowa brutto** | **RAZEM BRUTTO** |
| **B** | **C** | **D= B\*C** |
| Zapewnienie obiektu wraz z miejscami parkingowymi | **Nie dotyczy** |  |
| Opracowanie identyfikacji wizualnej i materiałów graficznych | **Nie dotyczy** |  |
| Biuro Konferencyjne | **Nie dotyczy** |  |
| Film promujący konferencję | **Nie dotyczy** |  |
| Przerwa kawowa  | **300** |  |  |
| Lunch | **300** |  |  |
| Kolacja w przeddzień konferencji ABM | **15** |  |  |
| Nagłośnienie sali wykładowej | **Nie dotyczy** |  |
| Oświetlenie Sali wykładowej (w tym oświetlenie dekoracyjne) | **Nie dotyczy** |  |
| Transmisja online | **Nie dotyczy** |  |
| Przystosowanie sali wykładowej oraz pozostałych pomieszczeń (strefa cateringowa, VIP Room, stoiska recepcyjne) | **Nie dotyczy** |  |
| Usługa fotograficzna | **Nie dotyczy** |  |
| Zakwaterowanie | **20 dób hotelowych** |  |  |
| Transport | **Nie dotyczy** |  |
| Identyfikator | **300** |  |  |
| Smycz | **300** |  |  |
| Worek bawełniany | **300** |  |  |
| Notes | **300** |  |  |
| Długopis | **300** |  |  |
| Kabel 3 w 1  | **300** |  |  |
| Ściereczka z mikrofibry | **300** |  |  |
| Materiały dodatkowe | **300** |  |  |
| Hostessy/hostowie | **8** |  |  |
| Tłumaczenie migowe (tłumacze, sprzęt) | **Nie dotyczy** |  |
| Tłumaczenie polsko-angielskie i angielsko-polskie (tłumacze, sprzęt) | **Nie dotyczy** |  |
| Pozostałe koszty  | **Nie dotyczy** |  |
| Prowizja Wykonawcy | **Nie dotyczy** |  |
| **Suma brutto** |  |