**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,**

**zgodnie z zamówieniem określonym w OPZ**

Cena jednostkowa za usługę sprzątania 1m2 powierzchni:

Cena jednostkowa za usługę sprzątania 1m2 powierzchni wynosi netto wynosi: ……………………. zł, (słownie:……………………),

Cena jednostkowa za usługę sprzątania 1m2 powierzchni wynosi brutto wynosi: ………………….………. zł, (słownie:……………………)

w tym podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki: ……. %,

Cena oferty za usługę sprzątania 1747,83 m2 powierzchni:

Cena oferty za usługę sprzątania 1747,83 m2 powierzchni wynosi netto wynosi: ……………………. zł (cena jednostkowa netto za 1 m2 x 1747,83 m2), (słownie:……………………),

Cena oferty za usługę sprzątania 1747,83 m2 powierzchni wynosi brutto wynosi: ………………….………. zł (cena jednostkowa brutto za 1 m2 x 1747,83 m2), (słownie:……………………)

w tym podatek od towarów i usług (VAT), wg stawki: ……. %,

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*