**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

**W przypadku przedstawienia przez jednego oferenta różnych marek i modeli Pojazdów, prosimy złożyć odpowiednio kilka formularzy wartości szacunkowej**

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

NIP: ……………………………………………………………………………………………………………

REGON:.…………………………………………………………………………………………………

dla Agencji Badań Medycznych, 00-801 Warszawa, ul. Chmielna 69, nr tel. +48 22 270-70-69

**ODPOWIEDŹ NA ROZEZNANIE CENOWE**

**na najem długookresowy (24 miesiące) dwóch Pojazdów osobowych na potrzeby**

**Agencji Badań Medycznych**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł **netto** (słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych \_\_\_\_/100), tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł **brutto** (słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych \_\_\_\_/100), zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj pojazdu osobowego** | **Liczba miesięcy najmu** | **Cena netto za 1 miesiąc najmu** | **Cena brutto za 1 miesiąc najmu** | **Wartość brutto łącznie** | **Wartość brutto łącznie** | **Stawka VAT %** |
| 1 |  | 24 |  |  |  |  | ……..% |
| 2 |  | 24 |  |  |  |  | ……..% |
| Suma (poz. 1 i 2) łącznie |  |  |  |

1. Oferujemynastępujące opłaty za przekroczenie limitu kilometrów ponad zadeklarowany w wysokości ……………………. zł brutto za 1 km.
2. Oferujemy zwiększony limit rocznego przebiegu kilometrów o ………………. km.
3. **Szacowany okres niezbędny do dostarczenia Przedmiotu Zamówienia do siedziby Zamawiającego od momentu zawarcia umowy**………… (liczba tygodni).
4. **Łączna cena zamówienia zawiera wszystkie elementy zamieszczone w Opisie Przedmiotu Zamówienia, przedstawionym w dokumencie rozeznanie rynku.**

**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

**W przypadku przedstawienia przez jednego oferenta różnych marek i modeli Pojazdów, prosimy złożyć odpowiednio kilka formularzy wartości szacunkowej**

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

NIP: ……………………………………………………………………………………………………………

REGON:.…………………………………………………………………………………………………

dla Agencji Badań Medycznych, 00-801 Warszawa, ul. Chmielna 69, nr tel. +48 22 270-70-69

**ODPOWIEDŹ NA ROZEZNANIE CENOWE**

**na najem długookresowy (36 miesięcy) dwóch Pojazdów osobowych na potrzeby**

**Agencji Badań Medycznych**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł **netto** (słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych \_\_\_\_/100), tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł **brutto** (słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych \_\_\_\_/100), zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj pojazdu osobowego** | **Liczba miesięcy najmu** | **Cena netto za 1 miesiąc najmu** | **Cena brutto za 1 miesiąc najmu** | **Wartość brutto łącznie** | **Wartość brutto łącznie** | **Stawka VAT %** |
| 1 |  | 36 |  |  |  |  | ……..% |
| 2 |  | 36 |  |  |  |  | ……..% |
| Suma (poz. 1 i 2) łącznie |  |  |  |

1. Oferujemynastępujące opłaty za przekroczenie limitu kilometrów ponad zadeklarowany w wysokości ……………………. zł brutto za 1 km.
2. Oferujemy zwiększony limit rocznego przebiegu kilometrów o ………………. km.
3. **Szacowany okres niezbędny do dostarczenia Przedmiotu Zamówienia do siedziby Zamawiającego od momentu zawarcia umowy**………… (liczba tygodni).
4. **Łączna cena zamówienia zawiera wszystkie elementy zamieszczone w Opisie Przedmiotu Zamówienia, przedstawionym w dokumencie rozeznanie rynku.**

**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

**W przypadku przedstawienia przez jednego oferenta różnych marek i modeli Pojazdów, prosimy złożyć odpowiednio kilka formularzy wartości szacunkowej**

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

NIP: ……………………………………………………………………………………………………………

REGON:.…………………………………………………………………………………………………

dla Agencji Badań Medycznych, 00-801 Warszawa, ul. Chmielna 69, nr tel. +48 22 270-70-69

**ODPOWIEDŹ NA ROZEZNANIE CENOWE**

**na najem długookresowy (48 miesiące) dwóch Pojazdów osobowych na potrzeby**

**Agencji Badań Medycznych**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł **netto** (słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych \_\_\_\_/100), tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł **brutto** (słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych \_\_\_\_/100), zgodnie z poniższą kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj pojazdu osobowego** | **Liczba miesięcy najmu** | **Cena netto za 1 miesiąc najmu** | **Cena brutto za 1 miesiąc najmu** | **Wartość brutto łącznie** | **Wartość brutto łącznie** | **Stawka VAT %** |
| 1 |  | 48 |  |  |  |  | ……..% |
| 2 |  | 48 |  |  |  |  | ……..% |
| Suma (poz. 1 i 2) łącznie |  |  |  |

1. Oferujemynastępujące opłaty za przekroczenie limitu kilometrów ponad zadeklarowany w wysokości ……………………. zł brutto za 1 km.
2. Oferujemy zwiększony limit rocznego przebiegu kilometrów o ………………. km.
3. **Szacowany okres niezbędny do dostarczenia Przedmiotu Zamówienia do siedziby Zamawiającego od momentu zawarcia umowy**………… (liczba tygodni).
4. **Łączna cena zamówienia zawiera wszystkie elementy zamieszczone w Opisie Przedmiotu Zamówienia, przedstawionym w dokumencie rozeznanie rynku.**

|  |
| --- |
| **TYP POJAZDU - SAMOCHÓD OSOBOWY | SEGMENT - D | WERSJA NADWOZIOWA - SEDAN / LIFTBACK** |
|  |
| **OFEROWANY MODEL** |
|  |  |  |
|  | **Marka** |  |
|  | **Model** |  |
|  | **Silnik (pojemność w litrach)** |  |
|  | **Moc min. 180 KM** |  |
|  | **Rodzaj paliwa - benzyna/hybryda (HEV lub PHEV)** |  |
|  | **Skrzynia biegów - automatyczna** |  |
|  | **Wersja nadwoziowa** |  |
|  | **Maksymalne średnie spalanie (WLTP)** | **8,0 l/100 km** |
|  | **Maksymalna średnia emisja CO2 (WLTP)** | **150 g/CO2 km** |
|  | **Norma emisji spalin Euro 6** |  |
|  |
| **Wymagania z zakresu wyposażenia stawiane przez Zamawiającego** | **Opis oferowanego samochodu jego parametrów i wyposażenia\*\*** |
| **Wyposażenie zgodne z wymaganiami?** |
| **TAK | NIE** |
| **WYPOSAŻENIE Z ZAKRESU BIEZPIECZEŃSTWA** |
| 1. | Autoalarm |   |
| 2. | Centralny zamek z pilotem |   |
| 3. | Minimum 6 poduszek powietrznych (dwie czołowe przednie, dwie boczne przednie i kurtyny powietrzne dla dwóch rzędów siedzeń) |   |
| 4. | Asystent martwego pola |   |
| **WYPOSAŻENIE Z ZAKRESU KOMFORTU** |
| 5. | Elektrycznie sterowane szyby boczne przód oraz tył |   |
| 6. | Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne  |   |
| 7. | Fotel kierowcy z regulacją wysokości |   |
| 8. | Czujniki parkowania (przód oraz tył) |   |
| 9. | Tylne czujniki parkowania z kamerą cofania |   |
| 10. | Tempomat |   |
| 11. | Klimatyzacja automatyczna |   |
| 12. | Reflektory mijania w technonogii LED |   |
| **WYPOSAŻENIE FUNKCJONALNE** |
| 13. | Felgi aluminiowe |   |
| 14. | Dywaniki gumowe lub welurowe |   |
| 15. | Koło zapasowe pełnowymiarowe lub dojazdowe |   |
| **PERSONALIZACJA** |
| 16. | Kolor nadwozia metalizowany lub perłowy - czarny albo szary albo granatowy albo grafitowy |   |
| 17. | Tapicerka – ciemnoszara, czarna lub grafitowa |   |
| **GWARANCJA** |
| 18. | Gwarancja mechaniczna - min. 2 lata |   |
| 19. | Gwarancja na lakier - min. 2 lata |   |
| 20. | Gwarancja na perforację - min. 6 lat |   |
| 21. | Gwarancja assistance - min. 2 lata |   |
| ***\*\* Zamawiający wymaga dokładnego opisania oferowanych samochodów, ich parametrów i wyposażenia*** |

*Miejsce i data......................... ........................................................................*

*Podpis Wykonawcy albo osoby*

*lub osób uprawionych do reprezentowania Wykonawcy*