**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

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

NIP: ……………………………; REGON:.………………………

dla Agencji Badań Medycznych, 00-014 Warszawa, ul. Stanisława Moniuszki 1A, nr tel. +48 22 2707069

**ODPOWIEDŹ NA ROZEZNANIE CENOWE**

**na usługę przygotowania Platformy Wideokonferencyjnej dla potrzeb
Agencji Badań Medycznych**

Szacujemy wartość zamówienia określonego w OPZ na:

Łączną cenę netto (całkowity koszt usługi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………….00/100)

Podatek VAT wg stawki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

(słownie: ……………………………………………………………………………………….00/100)

Łączną cenę brutto (całkowity koszt usługi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł

(słownie: …………………..………………………………………………………………….00/100)

Koszt miesięczny usługi netto

(słownie: …………………..………………………………………………………………….00/100)

Podatek VAT wg stawki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

(słownie: …………………..………………………………………………………………….00/100)

Łączny koszt miesięczny usługi brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł

(słownie: …………………..………………………………………………………………….00/100)

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.

Data ………………………….

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

*Podpis Wykonawcy albo osoby*

*lub osób uprawionych do reprezentowania Wykonawcy*