Załącznik nr 1 do szacowania

wartości zamówienia z dnia 27 lipca 2020 r.

*………………………………………….………………….*

(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Warmińsko-Mazurska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A. w Olsztynie**

**Plac Gen. Józefa Bema 3, 10-516 Olsztyn**

NIP: 739-050-39-12

tel. .89/521 12 50, fax 89/521 12 60

e-mail: [wmarr@wmarr.olsztyn.pl](mailto:wmarr@wmarr.olsztyn.pl)

**WYKONAWCA:**

Nazwa i adres wykonawcy:

..................................................................................................................................................

NIP ...............................................

tel.: ....................................,fax: .................................., e-mail: ……………..….........................

**OFERTA CENOWA**

W odpowiedzi na zapytanie dotyczące oszacowania wartości zamówienia, którego przedmiotem jest: „Przeprowadzenie 2-dniowego szkolenia z zakresu zarządzania zespołem na rzecz innowacyjnych MŚP z terenu województwa warmińsko-mazurskiego na potrzeby projektu pt.: „Warmińsko-Mazurski Startup Inkubator”.

* + - 1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę ofertową brutto (w tym podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami)\*** zgodnie z Tabelą nr 1 – przedmiot zamówienia:
* Wartość oferty brutto: ……..…………. (słownie: …....................................................................),
* Wartość oferty netto: …………………. (słownie: …........................................................................),
* podatek VAT: ……………….%.

□ Nie jestem podatnikiem podatku od towarów i usług w kraju Zamawiającego (dotyczy Wykonawców mających siedzibę poza RP)

\*nie dotyczy Wykonawców nie będących płatnikami od towarów i usług na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Tabela nr 1 – przedmiot zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jednostkowa brutto (zł)** | **Wartość brutto (zł)**  **(kolumna 3x4)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Przeprowadzenie 2-dniowego szkolenia z zakresu zarządzania zespołem na rzecz innowacyjnych MŚP z terenu województwa warmińsko-mazurskiego na potrzeby projektu pt.: „Warmińsko-Mazurski Startup Inkubator | 1 |  |  |
| Całkowita wartość brutto: | | | |  |

1. Oświadczam(-y), że zapoznaliśmy się z treścią zapytania dotyczącego oszacowania wartości zamówienia, przyjmujemy warunki w nim zawarte i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam(-y), że cena podana w pkt. 1 zawiera wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, zgodnie z wymogami określonymi w zapytaniu.
3. Potwierdzamy pożądany termin realizacji zamówienia określony w pkt. 11 zapytania.
4. Osobą upoważnioną do kontaktów jest:

Imię i nazwisko:…..………………………….…………………

tel. ………..……………………………………………………..

e-mail: …………………………………………………………..

…………………………………… ……………………………………………………..

(miejscowość, data ) (podpis(-y), ew. pieczęć imienna, osoby/osób upoważnionej(-ych)do reprezentowania Wykonawcy)