

**Załącznik nr 2 b**

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

(miejscowość, data)

FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA

**WYKONAWCA:**..............….………………………………………………………………………..

*(Nazwa wykonawcy*)

….................................….……………………………………………………………………………

*(adres wykonawcy*)

….................................….…………………………………………………………………………….

*(adres do korespondencji)*

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

Szacunkowa wartość usługi kompleksowej organizacji szkolenia **Zastosowanie standardów dostępności dla osób z niepełnosprawnościami w projektach realizowanych z funduszy unijnych** wynosi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Planowana maksymalna ilość uczestników szkolenia** | **Cena jednostkowa netto (zł)** | **Razem netto (zł)** | **Razem netto (zł)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 |  |
| 2 | Usługa cateringowa za 1 osobę podczas szkolenia | 40 |  | …………………. zł netto  (kolumna 3x4x5) |  |
| 3 | Obsługa szkolenia, w tym wynajem sali oraz usługa trenerska | | | |  |
| 4 | **Cena szacunkowa netto RAZEM zł:** | | | |  |

**UWAGA:**

**Niniejsze zapytanie nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem ani zapytaniem o cenę w rozumieniu ustawy Prawo Zamówień Publicznych. Informacja ta ma na celu wyłącznie rozpoznanie rynku i uzyskanie wiedzy na temat kosztów zrealizowania opisanego planowanego zamówienia.**

…………………………………………..

podpis i imienna pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy