



FORMULARZ OFERTOWY

Do: Państwowy Instytut Medyczny MSWiA ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa

I. DANE WYKONAWCY:

Pełna nazwa Wykonawcy:	
Adres siedziby:	
NIP:	
REGON:	
Numer telefonu:	
Adres e-mail do kontaktu:	
Osoba do kontaktu:	
Kontakt do osoby do kontaktu:	

II. OFERTA CENOWA

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami określonymi w Opisie Przedmiotu Zamówienia (OPZ), za następującą stawkę:

Wyszczególnienie	Wartość
Cena jednostkowa NETTO (za przeszkolenie 1 osoby)	 zł
Słownie netto:	
Stawka VAT	 %
Cena jednostkowa BRUTTO (za przeszkolenie 1 osoby)	 zł
Słownie brutto:	



Szacunkowa całkowita wartość zamówienia (przy założeniu przeszkolenia 100 osób):

..... zł netto / zł brutto.

III. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego, w tym z Opisem Przedmiotu Zamówienia i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 2) Spełniam wszystkie warunki określone dla podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń z zakresu ochrony ludności i obrony cywilnej, zgodnie z § 11 rozporządzenia MSWiA z dnia 6 lutego 2025 r.
- 3) Zobowiązuję się do wykonania zamówienia w terminie do dnia 15 grudnia 2025 r.
- 4) Zaoferowana cena jednostkowa brutto jest ceną ryczałtową i obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
- 5) Akceptuję warunek, że ostateczne wynagrodzenie zostanie wyliczone jako iloczyn zaoferowanej ceny jednostkowej brutto oraz faktycznej liczby pracowników PIM MSWiA, którzy ukończą szkolenie i otrzymają dyplom.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

.....
(Pieczęć firmowa / imienna Wykonawcy)