|  |
| --- |
| **FORMULARZ WYCENY** |
| Przed wypełnieniem formularza wyceny prosimy o szczegółowe zapoznanie się z treścią Opisu Przedmiotu Zamówienia (OPZ). Wypełniony formularz prosimy przesłać mailem na adres: nmf@ms.gov.pl |
| **Dane kontaktowe:** |
| Pełna nazwa firmy / adres |   | Adres: |   |
| Dane kontaktowe: | Telefon: |   | e-mail: |   |
| Osoba sporządzająca wycenę  | Imię nazwisko: |   | Podpis i data: |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KALKULACJA CENOWA** |  |
| **Poszczególne składowe przedmiotu zamówienia** | **Koszt jednostkowy netto (zł)** | **VAT (%)** | **Liczba** | **Wartość ogółem netto (zł)** | **kwota VAT (zł)** | **Wartość brutto (zł)** |  |
| Koszt realizacji konferencji |   |   |  |  |   |  |  |