Załącznik nr 1

**WZÓR OFERTY**

**W ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE OFERTOWE nr 20/PIP/DFZ/2016**

|  |
| --- |
| **DANE OFERETNA** |
| Nazwa firmy: | Adres siedziby: |
| Telefon: | E-mail: |
| REGON: | WWW: |
| NIP: | Reprezentant:(osoba uprawniona do podpisania umowy) |
| **DANE OBIEKTU (miejsce realizacji usługi)** |
| Nazwa: | Adres: |
| **OSOBA DO KONTAKTU** |
| Imię i nazwisko: | E-mail: |
| Telefon: |

|  |
| --- |
| **CENA ZA USŁUGĘ noclegową (BRUTTO)** |
| Data noclegu w pokoju dwuosobowym wraz ze śniadaniem | Liczba osób | Łączna wartość zamówienia |
| 4-5 czerwca 2016 | 2 |  |
| 11-12 czerwca 2016 | 2 |  |
| 12-13 czerwca 2016 | 2 |  |
| Cena [brutto] za 1 nocleg w pokoju dwuosobowym wraz ze śniadaniem…………………………………….……………………………………………..… PLN |

|  |
| --- |
| **KRYTERIUM** |
| Liczba gwiazdek posiadanych przez hotel (max 3) | Proszę zaznaczyć właściwą opcję (x):* 1 gwiazdki
* 2 gwiazdki
* 3 gwiazdki
 |
| Odległość od siedziby Wydziału Nauk o Zdrowiu PUM (ul. Żołnierska 48) w metrach (drogą publiczną, a nie w linii prostej), | Proszę wpisać właściwą odległość: ………………………………………….. |

…………………………………………

(data, podpis, pieczęć)