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)