Załącznik nr 1

**WZÓR OFERTY**

**W ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE OFERTOWE nr 35/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: |

|  |
| --- |
| **PRZYKŁADOWE MENU (w tym waga, kaloryczność, możliwość serwowania dań****wegetariańskich etc.)** |
|  |
| **TERMIN PROWADZENIA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH** |
| Zajęcia dydaktyczne na kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych odbywać się będą w okresie od 1 do 11 października 2016 r. O ostatecznym wyborze terminów zajęć dydaktycznych decyduje Zamawiający. |
| **CENA ZA USŁUGĘ CATERINGOWĄ (BRUTTO)** |
| Część teoretyczna/praktyczna | Łączna ilość planowanych porcji | Cena jednostkowa  | Łączna wartość zamówienia |
| Kawa część teoretyczna | 26 |  |  |
| Lunch część teoretyczna | 26 |  |  |
| Kawa część praktyczna | 68 |  |  |
| Lunch część praktyczna | 68 |  |  |
| Cena [brutto] łączna…………………………………….……………………………………………..… PLN |

|  |
| --- |
| **KRYTERIUM** |
| Doświadczenie oferenta w okresie 2 lat przed złożeniem oferty na podstawie nadesłanych minimum 3 pozytywnych referencji potwierdzających prawidłowe wykonanie usług będących przedmiotem zapytania ofertowego z tego okresu, a dotyczących usług cateringowych. | TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)Liczba załączonych referencji: …………….Proszę zaznaczyć właściwą opcję:* realizacja usług na potrzeby od 3 do 5 szkoleń, konferencji, seminariów lub podobnych spotkań
* realizacja usług na potrzeby od 6 do 10 szkoleń, konferencji, seminariów lub podobnych spotkań,
* realizacja usług na potrzeby od 11 do 15 szkoleń, konferencji, seminariów lub podobnych spotkań,
* realizacja usług na potrzeby od 16 do 20 szkoleń, konferencji, seminariów lub podobnych spotkań.
 |

…………………………………………

(data, podpis, pieczęć)