Znak sprawy : DAG/TP/10/21

Część nr : 1

Załącznik nr 2 do SWZ

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMULARZ CENOWY**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DANE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / nazwa :  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| Adres do doręczeń:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON:  |  |
| KRS/CEIDG |  |
| Telefon:  |  |
| Strona internetowa: |  |
| Adres poczty e-mail: |  |
| Adres skrzynki ePUAP:  |  |
| Nr rachunku bankowego:  |  |

Nazwy i Adresy Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia: \*

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / nazwa :  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| Adres do doręczeń:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON:  |  |
| KRS/CEIDG |  |
| Telefon:  |  |
| Strona internetowa: |  |
| Adres poczty e-mail: |  |
| Adres skrzynki ePUAP:  |  |
| Nr rachunku bankowego:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / nazwa :  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| Adres do doręczeń:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON:  |  |
| KRS/CEIDG |  |
| Telefon:  |  |
| Strona internetowa: |  |
| Adres poczty e-mail: |  |
| Adres skrzynki ePUAP:  |  |
| Nr rachunku bankowego:  |  |

W związku z przystąpieniem do przetargu nieograniczonego:

**Nazwa postępowania: PRZEPROWADZENIE SZKOLEŃ CERTYFIKOWANYCH DLA STUDENTÓW ORAZ PRACOWNIKÓW PWSTE W JAROSŁAWIU**

**Numer postępowania:** DAG/TP/10/21

składamy ofertę do PWSTE Jarosław – oświadczając:

Oferujemy przyjęcie do wykonania zamówienie zgodne z przedmiotem zamówienia – jako załącznik do oferty:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość (osób)** | **Cena** **jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Wartość** **podatku VAT****[zł]** | **Wartość brutto****[zł]** |
| 1. | Przeprowadzenie szkolenia certyfikowanego pod nazwą : SZKOLENIE CERTYFIKOWANE AUTOCAD – stopień I | 40 |  |  |  |  |
| 2. | Przeprowadzenie szkolenia certyfikowanego pod nazwą : SZKOLENIE CERTYFIKOWANE AUTOCAD – stopień II | 40 |  |  |  |  |
| 3. | Przeprowadzenie szkolenia certyfikowanego pod nazwą : SZKOLENIE CERTYFIKOWANE AUTOCAD CIVIL 3D – stopień I | 11 |  |  |  |  |
| 4. | Przeprowadzenie szkolenia certyfikowanego pod nazwą : SZKOLENIE CERTYFIKOWANE AUTOCAD CIVIL 3D – stopień II | 11 |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem w złotych** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gotowość do realizacji usługi [należy podać liczbę dni zgodnie z pkt. XVIII. 16 SWZ] | [dni…………………] |
| Ilość usług szkoleniowych dla szkół wyższych[należy podać liczbę zgodnie z pkt. XVIII. 16 SWZ] | [ilość………………..] |

Wartość ogółem netto w złotych słownie:………………………………………………………………………………………………………...

Wartość podatku VAT ogółem słownie:………………………………………………………………………………………………………...

Wartość ogółem brutto w złotych słownie:………………………………………………………………………………………………………...

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy i dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowana usługa jest kompletna i po złożeniu zapotrzebowania przez Zamawiającego będzie realizowana bez żadnych dodatkowych kosztów.
3. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z treścią załączników zawierających, dla wykonawców, dodatkowe wymogi wynikające z treści tych dokumentów.

Potwierdzam treść informacji jak wyżej:

………………………………………………...

 ( Miejscowość, data )

 ……………………..…………………………………………………………..

 (Pieczęć i podpis/y osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych do reprezentacji podmiotu )

\* niepotrzebne skreślić

Znak sprawy : DAG/TP/10/21

Część nr : 2

Załącznik nr 2 do SWZ

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMULARZ CENOWY**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DANE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / nazwa :  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| Adres do doręczeń:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON:  |  |
| KRS/CEIDG |  |
| Telefon:  |  |
| Strona internetowa: |  |
| Adres poczty e-mail: |  |
| Adres skrzynki ePUAP:  |  |
| Nr rachunku bankowego:  |  |

Nazwy i Adresy Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia: \*

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / nazwa :  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| Adres do doręczeń:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON:  |  |
| KRS/CEIDG |  |
| Telefon:  |  |
| Strona internetowa: |  |
| Adres poczty e-mail: |  |
| Adres skrzynki ePUAP:  |  |
| Nr rachunku bankowego:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / nazwa :  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| Adres do doręczeń:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON:  |  |
| KRS/CEIDG |  |
| Telefon:  |  |
| Strona internetowa: |  |
| Adres poczty e-mail: |  |
| Adres skrzynki ePUAP:  |  |
| Nr rachunku bankowego:  |  |

W związku z przystąpieniem do przetargu nieograniczonego:

**Nazwa postępowania: PRZEPROWADZENIE SZKOLEŃ CERTYFIKOWANYCH DLA STUDENTÓW ORAZ PRACOWNIKÓW PWSTE W JAROSŁAWIU**

**Numer postępowania:** DAG/TP/10/21

składamy ofertę do PWSTE Jarosław – oświadczając:

Oferujemy przyjęcie do wykonania zamówienie zgodne z przedmiotem zamówienia – jako załącznik do oferty:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość (osób)** | **Cena** **jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Wartość** **podatku VAT****[zł]** | **Wartość brutto****[zł]** |
| 1. | Przeprowadzenie szkolenia certyfikowanego pod nazwą : SZKOLENIE CERTYFIKOWANE MENAGER W HOTELARSTWIE I GASTRONOMII | 32 |  |  |  |  |
| 2. | Przeprowadzenie szkolenia certyfikowanego pod nazwą : SZKOLENIE CERTYFIKOWANE GENERAL MEANAGER W HOTELARSTWIE I GASTRONOMII | 32 |  |  |  |  |
| 3. | Przeprowadzenie szkolenia certyfikowanego pod nazwą : SZKOLENIE CERTYFIKOWANE Z OBSŁUGI PROGRAMÓW FIDELIO SUIT 8 WRAZ Z APLIKACJĄ KONFERENCYJNĄ SALES& CATERING ORAZ PROGRAMU GASTRONIMICZNEGO  | 15 |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem w złotych** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gotowość do realizacji usługi [należy podać liczbę dni zgodnie z pkt. XVIII. 16 SWZ] | [dni…………………] |
| Ilość usług szkoleniowych dla szkół wyższych[należy podać liczbę zgodnie z pkt. XVIII. 16 SWZ] | [ilość………………..] |

Wartość ogółem netto w złotych słownie:………………………………………………………………………………………………………...

Wartość podatku VAT ogółem słownie:………………………………………………………………………………………………………...

Wartość ogółem brutto w złotych słownie:………………………………………………………………………………………………………...

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy i dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowana usługa jest kompletna i po złożeniu zapotrzebowania przez Zamawiającego będzie realizowana bez żadnych dodatkowych kosztów.
3. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z treścią załączników zawierających, dla wykonawców, dodatkowe wymogi wynikające z treści tych dokumentów.

Potwierdzam treść informacji jak wyżej:

………………………………………………...

 ( Miejscowość, data )

 ……………………..…………………………………………………………..

 (Pieczęć i podpis/y osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych do reprezentacji podmiotu )

\* niepotrzebne skreślić

Znak sprawy : DAG/TP/10/21

Część nr : 3

Załącznik nr 2 do SWZ

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMULARZ CENOWY**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DANE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / nazwa :  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| Adres do doręczeń:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON:  |  |
| KRS/CEIDG |  |
| Telefon:  |  |
| Strona internetowa: |  |
| Adres poczty e-mail: |  |
| Adres skrzynki ePUAP:  |  |
| Nr rachunku bankowego:  |  |

Nazwy i Adresy Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia: \*

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / nazwa :  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| Adres do doręczeń:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON:  |  |
| KRS/CEIDG |  |
| Telefon:  |  |
| Strona internetowa: |  |
| Adres poczty e-mail: |  |
| Adres skrzynki ePUAP:  |  |
| Nr rachunku bankowego:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma / nazwa :  |  |
| Adres siedziby:  |  |
| Adres do doręczeń:  |  |
| NIP:  |  |
| REGON:  |  |
| KRS/CEIDG |  |
| Telefon:  |  |
| Strona internetowa: |  |
| Adres poczty e-mail: |  |
| Adres skrzynki ePUAP:  |  |
| Nr rachunku bankowego:  |  |

W związku z przystąpieniem do przetargu nieograniczonego:

**Nazwa postępowania: PRZEPROWADZENIE SZKOLEŃ CERTYFIKOWANYCH DLA STUDENTÓW ORAZ PRACOWNIKÓW PWSTE W JAROSŁAWIU**

**Numer postępowania:** DAG/TP/10/21

składamy ofertę do PWSTE Jarosław – oświadczając:

Oferujemy przyjęcie do wykonania zamówienie zgodne z przedmiotem zamówienia – jako załącznik do oferty:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość (osób)** | **Cena** **jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Wartość** **podatku VAT****[zł]** | **Wartość brutto****[zł]** |
| 1. | Przeprowadzenie szkolenia certyfikowanego pod nazwą : SZKOLENIE CERTYFIKOWANE MEDIATOR – NOWY ZAWÓD, NOWE KWALIFIKACJE | 15 |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem w złotych** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gotowość do realizacji usługi [należy podać liczbę dni zgodnie z pkt. XVIII. 16 SWZ] | [dni…………………] |
| Ilość usług szkoleniowych dla szkół wyższych[należy podać liczbę zgodnie z pkt. XVIII. 16 SWZ] | [ilość………………..] |

Wartość ogółem netto w złotych słownie:………………………………………………………………………………………………………...

Wartość podatku VAT ogółem słownie:………………………………………………………………………………………………………...

Wartość ogółem brutto w złotych słownie:………………………………………………………………………………………………………...

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy i dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowana usługa jest kompletna i po złożeniu zapotrzebowania przez Zamawiającego będzie realizowana bez żadnych dodatkowych kosztów.
3. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z treścią załączników zawierających, dla wykonawców, dodatkowe wymogi wynikające z treści tych dokumentów.

Potwierdzam treść informacji jak wyżej:

………………………………………………...

 ( Miejscowość, data )

 ……………………..…………………………………………………………..

 (Pieczęć i podpis/y osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych do reprezentacji podmiotu )

\* niepotrzebne skreślić