Dotyczy zapytania ofertowego **nr 01/2024 dnia 08.04.2024 r**. na usługę gastronomiczną dla uczestników w ramach projektu **„Cykl imprez sportowych - 2024”** współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Ministerstwa Sportu i Turystyki.

**FORMULARZ OFERTOWY DO WYPEŁNIENIA PRZEZ WYKONAWCĘ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA WYKONAWCY** |  | | | |
| **DANE TELEADRESOWE**  (pełny adres, telefon, strona www, NIP, REGON) |  | | | |
| **DANE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA OFERTĘ**  **(imię, nazwisko, telefon, e-mail)** |  | | | |
| **PEŁEN ADRES OBIEKTU, w którym realizowana będzie usługa/usługi** (jeśli inny niż ww. adres Wykonawcy) |  | | | |
| **TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA USŁUGI: 20 - 21.04.2024 R. W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM (GRYFINO)** | **KOSZT JEDNOSTKOWY (STAWKA ZA 1 POSIŁEK)**  **WARTOŚĆ BRUTTO (ZŁ)** | **KOSZT CAŁKOWITY ZA USŁUGĘ (POSIŁKI DLA JEDNEJ ODSOBY W DNIACH 20-21.04.24 R.) WARTOŚĆ BRUTTO (ZŁ)** | **KOSZT CAŁKOWITY ZA USŁUGĘ (100 OS. / 20-21.04.24 R.)**  **WARTOŚĆ BRUTTO (ZŁ)** |  |
| **Koszt (stawka) za usługę cateringową w terminie 20 -21.04.2024 r. podczas Ogólnopolskich Zawodów w Strzelectwie Sportowym, Gryfino 19 - 21.04.2024 r.** |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA:** |  |  |  |  |

**Oświadczamy, że:**

• Zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego,

• Spełniamy wymagania dotyczące przedmiotu zamówienia opisane w treści zapytania ofertowego,

• Oferowany koszt wykonania zamówienia uwzględnia pełną specyfikację przedmiotu zamówienia opisaną w treści zapytania.

……………………………………………………………………………………… ………..........………………………..

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy Miejscowość, data