Dotyczy zapytania ofertowego **nr 19/2025 z dnia 04.07.2025 r**. na usługę gastronomiczną w ramach projektu **„Cykl imprez integracyjnych promujących aktywność sportową w środowisku osób z niepełnosprawnościami - 2025”** 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 realizowane będą usługi** (jeśli inny niż ww. adres Wykonawcy) |  |
| **USŁUGA GASTRONOMICZNA** | **KOSZT JEDNOSTKOWY (STAWKA ZA 1 OS.)** **WARTOŚĆ BRUTTO (ZŁ)** | **KOSZT CAŁKOWITY ZA USŁUGĘ (ILOŚĆ OSÓB X STAWKA/OS.) WARTOŚĆ BRUTTO (ZŁ)** |  |  |
| **Usługa gastronomiczna dla uczestników w terminie 13.12.2025 r. podczas bankietu pn. „Plebiscyt na 10 Najlepszych Zawodników KSI „START” Szczecin i Najlepszego Trenera” dla ok. 130 osób** |  |  |  |  |
| **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.

* Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany aktualnie obowiązujących cen względem zmiennych uwarunkowań ekonomicznych.

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy Miejscowość, data