Załącznik nr 1 do Warunków Konkursu Ofert

|  |
| --- |
| **Numer oferty:****………………………..**nadaje Zamawiający |

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w konkursie ofert na najem powierzchni użytkowej z przeznaczeniem na świadczenie usług gastronomicznych w Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15 w Warszawie**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Pełna nazwa oferenta:** |
|  | ………………………………………………………………………….. |
|  | ………………………………………………………………………….. |
| **2.** | **Nr NIP/REGON/KRS:** |
|  | ………………………………………………………………………….. |
| **3.** | **Adres siedziby oferenta:** |
|  | ………………………………………………………………………….. |
|  | ………………………………………………………………………….. |
| **4.** | **Adres do korespondencji:** |
|  | ………………………………………………………………………….. |
|  | ………………………………………………………………………….. |
| **5.** | **Telefon, tel. komórkowy, e-mail:** |
|  | ………………………………………………………………………….. |
|  |  |
| **6.** | **Oferowana miesięczna wysokość czynszu brutto za wynajem powierzchni za 1 m2 (C)** |
|  | ……………………………………………….…..**zł brutto**Słownie złotych: ………………………………………………………………………………… |
|  |  |
| **7.** | **Oferowany Upust (U) dla pracowników Ministerstwa Zdrowia:** |
|  | 1. 5 % upustu cenowego od rachunku końcowego dla pracowników Ministerstwa Zdrowia\*
2. 10 % upustu cenowego od rachunku końcowego dla pracowników Ministerstwa Zdrowia\*
3. 15 % upustu cenowego od rachunku końcowego dla pracowników Ministerstwa Zdrowia\*

\*niepotrzebne skreślić  |
|  |  |
| **8.** | **Dane personalne osoby/osób upoważnionej/ych do kontaktu:** |
|  | Imię i Nazwisko: …………………………… |
|  | Numer telefonu: …………………………… |
|  | e-mail: …………………………… |
|  | ……-……-…………….r. …………………..…………………………… |
|  |  Data Podpis Oferenta oraz pieczęć Firmy |