*Załącznik do szacowania wartości zamówienia*

**Formularz WYCENY**

**zakup nowego 9-osobowego samochodu przystosowanego do przewozu osób niepełnosprawnych w tym osób na wózkach inwalidzkich** w ramach projektu „Program wyrównywania różni c między regionami III” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**Dane Wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy:** | ………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Adres siedziby Wykonawcy:** | ………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Osoba do kontaktu** | …………………………………………………………………………………………………………………………………………  *(Imię i nazwisko, adres e-mail, nr telefonu)* |

**Wycena:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Marka** |  |
| **Model** |  |
| **Rocznik** |  |
| **Kwota netto** |  |
| **VAT %** |  |
| **Kwota brutto** |  |

……………………………………………. ………………………………….

*Miejscowość, data Podpis*