**Załącznik nr … do ogłoszenia**

**Informacja o wartości zamówienia**

Nazwa i adres podmiotu:

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zamawiający: Ministerstwo Zdrowia, Departament e-Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

W nawiązaniu do ogłoszenia o ustalenie szacunkowej wartości zamówienia dot. realizacji usługi polegającej na przygotowaniu i przeprowadzeniu dwudniowych szkoleń dla pracowników placówek medycznych (szpitali i placówek POZ) z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym osobami z niepełnosprawnościami i osobami starszymi, wynajem sali konferencyjnej, zapewnienie wyżywienia oraz noclegu dla uczestników szkolenia,
informuję, że wartość rynkowa wykonania zamówienia, uwzględniająca wszystkie elementy składowe zamówienia, w zakresie określonym w Opisie Przedmiotu Zamówienia, niezbędne do należytego wykonania przedmiotu zamówienia wynosi:

**Przeszkolenie 1 uczestnika wynosi**:
…………………………zł netto,
…………………….…..zł brutto,
stawka VAT ……….%.

**Maksymalna wartość niniejszego zamówienia, przy założeniu realizacji szkoleń dla 900 uczestników wynosi**:
……………………………………….…..zł netto,
……………………………………………zł brutto,
stawka VAT ……….%.

…………………………………………………… miejscowość/data/podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy