

Formularz ofertowy

ZAMAWIAJĄCY:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie

ul. Arkońska 4

71-455 Szczecin

NIP: 851-25-37-954

<http://www.spwsz.szczecin.pl>

tel. (91) 813 90 00, fax (91) 813 90 09

e-mail: spwsz.szczecin.pl

DANE WYKONAWCY:

Ja (My), niżej podpisany(-ni)

.....

działając w imieniu i na rzecz :

.....

(pełna nazwa Wykonawcy)

.....

(adres siedziby Wykonawcy)

NIP:

Nr telefonu:

Nr faxu:

e-mail:

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe wykonywanie usług świadczenia usługi w zakresie transportu zwłok osób zmarłych w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie.

składam(-my) niniejszą ofertę:

Oferuję(-jemy) wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem zawartym w zapytaniu ofertowym, za cenę łączną:

..... **zł brutto (słownie złotych:**)

Powyższa cena stanowi sumę poniższych kwot, które będą stanowiły podstawę rozliczeń za wykonane usługi:

Zakres przedmiotu zamówienia Szpital - Chłodnia Miejska	Cena jednostkowa brutto	Szacunkowa ilość przewozów w okresie 12 miesięcy	Cena brutto łącznie (2 * 3)
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Z lokalizacji Arkońska 4		15	
Z lokalizacji Sokołowskiego 11		15	
RAZEM			
Zakres przedmiotu zamówienia Chłodnia Miejska - Szpital			
Do lokalizacji Arkońska 4		15	
Do lokalizacji Sokołowskiego 11		15	
RAZEM			

1. Oświadczamy, iż zaakceptowaliśmy przedmiot zamówienia, termin realizacji, o których mowa w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.

.....
(podpis i data osoby upoważnionej do reprezentacji)