

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa oferenta (pieczęć)

Dane oferenta:

Imię i Nazwisko / Nazwa

Adres/Siedziba

NIP

Telefon

Adres e-mail

1. Oferuję wykonanie zadań określonych w zakresie objętym warunkami zamówienia przez okres od 09 lutego 2024 r. do 31 grudnia 2024 r.

Koszt obejmujący świadczenie usługi przez jednego ratownika medycznego/pielęgniarki/lekarza podczas jednej imprezy odbywającej się na terenie miasta Gryfice:

Nettozł

(słownie:)

Bruttozł

(słownie:)

Koszt obejmujący świadczenie usługi przez jednego ratownika medycznego/pielęgniarki/lekarza podczas jednej imprezy odbywającej się poza terenem miasta Gryfice:

Nettozł

(słownie:)

Bruttozł

(słownie:)

2. Oświadczam, że:

- 2.1. Zapoznałem/am się z warunkami zamówienia określonymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- 2.2. Posiadam niezbędne kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie w zakresie wykonania przedmiotu zamówienia.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

(Miejsce, data)

*(Podpis i pieczętka upoważnionego
przedstawiciela oferenta)*