

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 02 maja 2019 r. do 31 grudnia 2019 r.

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

Nettozł

(słownie:)

Bruttozł

(słownie:)

Koszt obejmujący świadczenie usługi przez jednego ratownika medycznego 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 pieczęćka upoważnionego
przedstawiciela oferenta)*