## FORMULARZ OFERTY

### Nazwa i adres Zamawiającego

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Os. XXX lecia 21, 47-303 Krapkowice

#### Nazwa przedmiotu zamówienia:

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie wczesnej rehabilitacji kobiet po porodzie.

#### Tryb postępowania:

#### Konkurs ofert

#### Nazwa (imię i nazwisko) i adres Wykonawcy

|  |
| --- |
|  |

......................................................................

......................................................................

......................................................................

*(pieczęć Wykonawcy)*

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

**Cena jednych konsultacji brutto**: ……………………………………………………………....……….……….…… zł

Słownie: …………………………………….……………………………………………………………………...……..…………... zł

**Wartość całego zamówienia brutto (1050 konsultacji):** …………………… …….………………….……..zł

Słownie: …………………………………………………………………………………………………………………..…………….. zł

UWAGA!!!

Cena oferty musi być podana w polskich złotych (PLN) z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Cena obejmować musi wszystkie koszty niezbędne do wykonania zamówienia tzn. podana w ofercie kwota oferowana obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia,

Podana cena ofertowa będzie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy

* + - 1. Termin wykonania zamówienia: od dnia zawarcia umowy do 30.04.2022.
      2. Termin płatności: 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT.
      3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
      4. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w projekcie istotnych warunkach umowy. w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

..................................,dnia ..................

..................................................................

/pieczątka i podpis/