

Załącznik nr 1

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 Wsparcia kobiet po ciąży mnogiej dla Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. znak sprawy ZO/M/8/2018/1

Tryb postępowania:

Zapytanie ofertowe

Nazwa (imię i nazwisko) i adres Wykonawcy

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

(pieczęć Wykonawcy)

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

Odniesienie do kryteriów wyboru oferty	Wartość netto	Wartość brutto
Jednostkowa cena brutto usługi (jedna godzina spotkania – 60 minut) w PLN		
Słownie netto:		
Słownie brutto:		
Maksymalna liczba zadeklarowanych do przeprowadzenia usług stanowiących przedmiot zamówienia		
Słownie:		
UWAGA!!! A. Cena oferty musi być podana w polskich złotych (PLN) z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. B. Cena obejmować musi wszystkie koszty niezbędne do wykonania zamówienia tzn. podana w ofercie kwota oferowana obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia, C. Podana cena ofertowa będzie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.		

***Należy podać wartość netto i brutto poszczególnych części zamówienia z pkt X Zapytania**



Ofertowego

1. Termin wykonania zamówienia: od dnia zawarcia umowy do 31.03.2019.
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.
5. Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych stronach.
6. Załącznikami do niniejszej oferty są

.....

.....,dnia

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania
Wykonawcy)