

FORMULARZ OFERTY

.....

 (Nazwa i adres Wykonawcy)

REGON

NIP

Do: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty w trybie zapytania ofertowego na **całodobową obsługę portierni SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie**, niniejszym składam ofertę na wykonanie ww. usług za cenę:

Pakiet nr 1

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Osoba	Stawka netto za roboczogodzinę	Stawka brutto za roboczogodzinę	Wartość brutto pomnożona przez 194h/miesiąc	Wartość z kolumny nr 4 pomnożona przez 12 miesięcy	Wartość netto pakietu	Wartość brutto pakietu	Doświadczenie w obsłudze całodobowej portierni
1.							

Pakiet nr 2

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Osoba	Stawka netto za roboczogodzinę	Stawka brutto za roboczogodzinę	Wartość brutto pomnożona przez 194h/miesiąc	Wartość z kolumny nr 4 pomnożona przez 12 miesięcy	Wartość netto pakietu	Wartość brutto pakietu	Doświadczenie w obsłudze całodobowej portierni
1.							

Pakiet nr 3

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Osoba	Stawka netto za roboczogodzinę	Stawka brutto za roboczogodzinę	Wartość brutto pomnożona przez 194h/miesiąc	Wartość z kolumny nr 4 pomnożona przez 12 miesięcy	Wartość netto pakietu	Wartość brutto pakietu	Doświadczenie w obsłudze całodobowej portierni
1.							

Oświadczam, iż posiadam wszelkie niezbędne do realizacji zamówienia uprawnienia i kwalifikacje oraz zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz normami.

Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

.....

Telefon: Faks:

Adres email:

Załączniki stanowiące integralną część oferty:

(dokumenty wskazane w ogłoszeniu dołączone do oferty; proszę podać numer karty)

.....

.....

..... dnia r.

.....

Podpis Wykonawcy