

Załącznik nr 1

Formularz oferty

.....
.....
(nazwa wykonawcy, adres, NIP/ pieczęć Wykonawcy)

Oferujemy realizację całości zamówienia, szczegółowo opisanego w zapytaniu ofertowym za cenę netto: zł podatek VAT%,
cenę brutto: zł
(słownie:)

Uwagi/ oświadczenia Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy, data)

Pod względem formalno-prawnym bez zastrzeżeń

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
ul. C. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: kancelaria@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl
W: www.szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2015
Nr. 200623/A/0001/UK/Po

Mirela Korzyńska-Kulczyńska

RADCA PRAWNY
01-177