

Data

FORMULARZ OFERTOWY

Zamawiający:

Szpital Uzdrowskiowy „Willa Fortuna”- s.p.z.o.z

78-100 Kołobrzeg, ul. Rafińskiego 3

Tel: +48 94 352 21 46, NIP: 6711565917

e-mail : bpalacz@willafortuna.pl

Nazwa i adres Wykonawcy: _____

NIP/REGON: _____

Telefon/e-mail: _____

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią Zapytania ofertowego Szpitala Uzdrowskiego „Willa Fortuna” – s.p.z.o.z. na następujących warunkach:

- 1) Cena ofertowa brutto: _____ PLN (słownie: _____)
- 3) Termin realizacji: zgodnie z wymaganiami Zamawiającego
- 4) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego oraz warunkami wizji lokalnej.
- 5) Oświadczamy, że posiadamy doświadczenie i potencjał techniczny niezbędny do realizacji zamówienia.

Załączniki do oferty:

- Kosztorys ofertowy

.....

Miejscowość, data

.....

Pieczętka , podpis