Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego

**Numer sprawy 30/1/NO/2020**  
CPV: 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie



# FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

**na** świadczenie usług w zakresie koordynowania pracą Personelu

w Wojewódzkiej Poradni Hematologicznej

Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę, kwalifikacje i doświadczenie do wykonania zamówienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa Oferenta |  |
| 2. | Województwo |  |
| 3. | Kod pocztowy |  |
| 4. | Miejscowość |  |
| 5. | Ulica |  |
| 6. | Nr domu, nr lokalu |  |
| 7. | email do kontaktu |  |
| 8. | nr telefony do kontaktu |  |
| 9. | Cena netto |  |
| 10. | Cena brutto |  |
| 11. | Proponowany okres zawarcia umowy |  |

……………………………………….

Łódź, dnia…………….…….. pieczątka i podpis oferenta