

....., dnia2017r.

.....
(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY

na świadczenie usług medycznych dla pracowników Urzędu Miasta Bydgoszczy złożony w odpowiedzi na *otrzymane zapytanie ofertowe WOA V.271.3.264.2017 z dnia 28.11.2017r.

1. oferujemy wykonanie zamówienia w zakresie i na warunkach określonych w *zapytaniu ofertowym *ogłoszeniu o zapytaniu ofertowym :

za cenę ryczałtową brutto: zł.

2. w terminie: od 01.01.2018r. do 31.12.2018r. oraz oświadczamy, że:

- prowadzimy działalność gospodarczą w zakresie wykonywania usług w przedmiocie określonym w zapytaniu,
- dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym do wykonania zamówienia,
- w przypadku wyboru oferty zobowiązujemy się zawrzeć umowę w przedmiocie opisanym w zapytaniu ofertowym, w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego (Miasto Bydgoszcz).

3.osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym - p. i osiągalna
pod nr tel. faxu w godz. od do

.....
(czytelny podpis osoby uprawnionej)

*niepotrzebne skreślić