

....., dnia..... r.



Pieczęć wykonawcy

FORMULARZ OFERTY

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
„MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia
Ratunkowego i Transportu Sanitarnego
w Ostrołęce.**

.....
Imiona i nazwiska osób reprezentujących wykonawcę

działając w imieniu i na rzecz wykonawcy

Pełna nazwa firmy Wykonawcy	
REGON	
NIP	
Adres telefon / faks / email	

odpowiadając na ogłoszenie na zapytanie ofertowe którego przedmiotem jest „Przeprowadzenie badania sprawozdań finansowych za 2023/2024 r. wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych posiadających osobowość prawną” oferujemy zgodnie z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym za całkowitą cenę brutto (z VAT) dla niżej wymienionych jednostek:

Lp	Nazwa jednostki	Cena brutto (z VAT) zł
1	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce.	

- Termin wykonania zamówienia: **do 30 kwietnia 2025 r.**
- Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
- Zapoznaliśmy się z warunkami umowy i nie wnosimy w stosunku do nich żadnych uwag.

W załączeniu:

Dokumenty, o których mowa w zapytaniu ofertowym (pkt 6)

.....
Podpis wykonawcy