FORMULARZ OFERTOWY

GDDKIA Rejon w Gorzowie Wlkp.

Ul. Kostrzyńska 4a

 66-400 Gorzów Wlkp.

**Dotyczy zamówienia na:** **usługi z zakresu służby medycyny pracy.**

**Wykonawca :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….( nazwa ( firma) dokładny adres Wykonawcy / Wykonawców)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….(NIP,REGON)

**Oferuje wykonanie przedmiotu zamówienia o nazwie:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**za cenę netto……………………. brutto………………………………………………**

słownie zł ;………………………………………………………………………………………………………………………………….brutto

**Dane kontaktowe**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….( imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę, nr telefonu, nr fax, adres e-mail)

 …………………………………………………………………………….

 / podpis /