



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

31-530 Kraków, ul. św. Łazarza 14
tel. 12/42-44-272, fax 12/42-44-300
<http://www.kpr.med.pl>
e-mail: pogotowie@kpr.med.pl

4a-52-20-ODP

Załącznik nr 1 do umowy

Formularz ofertowy str. 1

- 1) Nazwa wykonawcy;.....
- 2) Adres wykonawcy;.....
- 3) NIP:....., REGON:
- 4) Osoba/y do kontaktu:
- 5) telefon;..... e-mail;.....
- 6) Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za :
Cenę netto: zł.
Podatek VAT: zł.
Cenę brutto: zł.
- 7) Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym;
- 8) Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń;
- 9) Oświadczam, że posiadam wymagane prawem zezwolenia/wpisy do rejestru/ na prowadzenie działalności w zakresie:
.....
(proszę wpisać, łącznie z numerami decyzji/wpisów).
- W przypadku zezwolenia tylko na transport do oferty dołączyć dokument potwierdzający współpracę z zakładem termicznej utylizacji odpadów medycznych.
10. Do oferty załączam dokumenty opisane w pkt. 9) powyżej.

.....
podpis Wykonawcy