**Załącznik nr 1 do oferty cenowej nr 2 /RPO/HOSTEL/SNR/2019/BK**

**w ramach projektu ,,** „Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na niezależność mieszkańców województwa świętokrzyskiego”

Imię i nazwisko: ………………………………………….…….

Adres: ……………………………….……………………………….

Numer telefonu: …………………………….………………….

Adres e-mail: …………………………….……………………….

**FORMULARZ OFERTOWY**

Ja niżej podpisany(a) ………………………………………………………………………………, w odpowiedzi na ogłoszenie naboru ofert na lekarza psychiatrę w ramach projektu pn. „Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na niezależność mieszkańców województwa świętokrzyskiego”

oferuję wykonanie przedmiotowego zamówienia na kwotę:

……………………………………. zł (słownie złotych…………………………………………………………………………….)   
**brutto** za jedną godzinę.

**Składając ofertę oświadczam, że:**

Zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego, spełniam warunki w nim zapisane i nie wnoszę  
 do jego zapisów żadnych zastrzeżeń.

Na każde wezwanie zamawiającego jestem w stanie przedstawić dokumenty potwierdzające moje wykształcenie oraz doświadczenie zawodowe.

……………………………………………………..

Czytelny podpis Wykonawcy