Załącznik nr 1 do oferty cenowej nr 2/RPO/ŚDS/SNR/2020/BK

w ramach projektu „Mówimy NIE! niesamodzielności”

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. „Mówimy NIE! niesamodzielności” 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