Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów

Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota

Ul. Szczęśliwicka 36

02-353 Warszawa

……………………………………………….

/pieczęć Wykonawcy/

FORMULARZ OFERTOWY

Szacowanie wartości

Działając w imieniu i na rzecz………………………………………………………………………………………………………….

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

NIP ……………………………… REGON ………………………………………………

Nr tel. .…………………………….

adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………….

składam poniższa ofertę na:  **prace adaptacyjne niezbędne do przeprowadzenia**

**w pracowni rentgenodiagnostyki przy wymianie aparatu rentgenowskiego**

**w Przychodni SZPZLO Warszawa-Ochota przy ul. Sosnkowskiego 18**

**(1 piętro)**

**Cena**

netto …………………………………………………………………….

VAT % …………………………………………… w kwocie ……..……………………………………………………..

brutto ……………………………………………………………………..

(słownie brutto: ………………………………………………………………………………………………………………………………….)

**Termin wykonania zamówienia**: ………………………………………………. (miesięcy).

......................................................................

*podpis i pieczęć imienna Wykonawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania*

......................................, dnia ...........................