

Załącznik Nr 4

do Regulaminu udzielania zamówień publicznych o wartości szacunkowej nieprzekraczającej kwoty 170 000 złotych netto

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

.....
(Nazwa/Pieczeńka wykonawcy)

**Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
w Bartoszycach**

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

w związku z zapytaniem ofertowym Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach

z dnia.....

Nazwa wykonawcy:

.....
Adres/siedziba wykonawcy:

.....
Telefon, e-mail wykonawcy:

.....

L.p.	Przedmiot zamówienia	Cena		
		brutto	netto	vat
1	Remont łazienek oddziału położniczego i ginekologicznego			

W cenę brutto zostały wliczone wszystkie koszty wykonania zamówienia.

Zapoznałem się z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym, w szczególności z wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

W załączeniu kosztorysy ofertowe

.....
(Podpis wykonawcy lub osoby uprawnionej)