

Sprawa 19 /20

Załącznik nr 1

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

NIP:

REGON:

numer telefonu i faksu Wykonawcy:

adres e-mail Wykonawcy:

adres strony www Wykonawcy:

Przedstawiciel Wykonawcy uprawniony do kontaktów:

Imię, nazwisko, adres, tel.:

Przedstawiciel/e Wykonawcy, uprawniony/eni do podpisania umowy:

Imię, nazwisko, adres, tel.:

OFERTA

Nawiązując do zapytania ofertowego na wykonanie testów SARS- CoV -2 dla pracowników Domu Pomocy Społecznej, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

Cena za wykonanie jednego badania na wykonanie testów SARS- CoV -2 wynosi..... brutto
słownie złotych:

1. Zakres badań przewidzianych do wykonania jest zgodny z zakresem objętym zapytaniem.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią wzoru umowy i akceptujemy treść wzoru umowy.

Podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy: