Pieczęć Oferenta

*Załącznik nr 1*

*do Szczegółowych Warunkó*w Konkursu Ofert

Formularz ofertowy

**Konkurs na realizację programu zdrowotnego pn:**

Profilaktyczny program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Białobrzegi powyżej 60 roku życia na lata 2015 – 2018”

1. NAZWA OFERENTA : ……………………………..
2. ADRES OFERENTA : ………………………………..
3. DANE OFERENTA : ………………………………..

* nr telefonu …………..
* adres mailowy …………..
* nr faksu …………..
* nr konta bankowego …………..

1. CENA OFERTOWA

Cena ofertowa usługi na osobę - zł brutto

(słownie: ………..)

1. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ: ……………

* nr telefonu …………..
* adres mailowy …………..
* nr faksu …………..

Białobrzegi, dnia

(Podpis i pieczęć firmowa Oferenta)