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 w 2017 r.”

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)