

Pełne dane adresowe Wykonawcy:

Nazwa (firma)/imię nazwisko.....
Adres
Adres do korespondencji
Nr telefonu/nr faksu/ e-mail
Nr NIP (przedsiębiorca).....
osoba do kontaktów ze strony Wykonawcy:

FORMULARZ OFERTY

**Starostwo Powiatowe
w Goleniowie
ul. Dworcowa 1
72-100 Goleniów**

Nawiązując do ogłoszenia **Zapytania ofertowego na przeprowadzenie kompleksowego audytu finansowo-organizacyjnego w Szpitalnym Centrum Medycznym w Goleniowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**, składamy następującą ofertę na wykonanie przedmiotu niniejszego zamówienia:

1. Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego zobowiązuje się do zrealizowania ww. przedmiotu zamówienia zgodnie ze wszystkimi warunkami w niniejszym zapytaniu za cenę:

Cena bruttozł

Słownie: zł/100),

Termin wykonania:.....

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się Zapytaniem ofertowym i nie wnosimy zastrzeżeń, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty oraz, że spełniamy wymogi określone w Zapytaniu.

2. Oświadczamy, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są prawdziwe.

3. Do oferty załączone zostały następujące oświadczenia i dokumenty:

3.1.

3.2.

Miejscowość, data:

czytelny podpis/y osoby/osób uprawnionej/yh
do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy