|  |
| --- |
| **Załącznik nr 1** |

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa wykonawcy: |  |
| Adres: |  |
| Osoba do kontaktu: |  |
| Dane kontaktowe (telefon, e-mail): |  |

W odpowiedzi na rozeznanie rynku nr **1/2019 z** dnia 21 października 2019 roku w sprawie wyceny usługi obejmującej **pełnienie funkcji opiekuna zawodowych praktyk studenckich w podmiotach leczniczych; specjalizacja: chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne** informuję, że dysponuję wiedzą i doświadczeniem pozwalającym wykonać powyższe zamówienie.

Cena za jaką jestem gotowy/a wykonać przedmiot zamówienia, zgodnie z dokumentacją wskazaną w rozeznaniu rynku, za wynagrodzeniem miesięcznym, uwzględniającym harmonogram praktyk zamieszczony w zapytaniu ofertowym, wynosi:

CENA BRUTTO: ......……………………………………… zł/miesięcznie

słownie: ...............................……………………………… zł

W przypadku gdy ofertę składa osoba fizyczna, w cenie oferty należy uwzględnić ewentualne koszty wszystkich zaliczek i/lub składek przekazywanych innym podmiotom.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko   
osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_