

OFERTA

na

Świadczenie usług z zakresu Medycyny Pracy

Nazwa wykonawcy

.....

Adres/siedziba wykonawcy

.....

.....

Tel.

Adres e-mail

NIP

REGON

Nr rachunku bankowego

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za podane poniżej ceny, na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym.

Rodzaj badania	Cena

Oferuję wykonania zamówienia na następujących warunkach:

- termin wykonania zamówienia – od dnia 01.12.2023 r. do dnia 30.11.2024 r.
- termin związania ofertą – 30 dni
- termin płatności – do 30 dni od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i zobowiązuje się go wykonać zgodnie z wymaganiami zawartymi w zapytaniu ofertowym.

dnia

.....
podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej
pieczęć wykonawcy