

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

.....

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

..... tel. kontaktowy, fax:

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy
 ul. Sułkowskiego 58A; 85-634 Bydgoszcz
 NIP 554-22-00-956; REGON 092324290
 tel. 52/372-11-82; fax.: 52/370-23-33

3. Zobowiązania Wykonawcy:

Nawiązując do ogłoszonego postępowania nr **4/ZP/2018** o udzielenia zamówienia publicznego przeprowadzonego w trybie zapytania o cenę pod nazwą:

„Sprzątanie pomieszczeń obiektu WPZP w Bydgoszczy ul. Karłowicza 26 (VI piętro).

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami SIWZ za następującą cenę:

cena netto.....zł

(słownie:)

podatek VAT.....zł

cena brutto.....zł

(słownie:)

Oferowana wartość miesięczna umowy wynosi:

cena brutto.....zł

(słownie:)

