|  |  |
| --- | --- |
| FORMULARZ OFERTOWY | |
| PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA | Oferta szacująca wartość zamówienia na świadczenie usług prania bielizny szpitalnej |
| ZAMAWIAJĄCY | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie  ul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów, NIP 9191517717 |
| NAZWA I SIEDZIBA WYKONAWCY,  NIP  TELEFON  E MAIL |  |
| Wartość usługi | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | J.m. | Szacunkowa ilość w okresie 36 m-cy | **Cena jedn. netto** usługi za 1 kg | **Wartość netto** (ilość x cena jedn. netto) | Stawka podatku VAT % | Wartość brutto | | kg | 324 000 |  |  |  |  | |
| podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej) | …………………………. dnia……………………………….. |