|  |
| --- |
| FORMULARZ OFERTOWY |
| PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA | Oferta szacująca wartość zamówienia na świadczenie usług prania bielizny szpitalnej |
| ZAMAWIAJĄCY | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowieul. Piłsudskiego 11, 22-500 Hrubieszów, NIP 9191517717 |
| NAZWA I SIEDZIBA WYKONAWCY,NIPTELEFONE 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……………………………….. |