



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Koninie

62-510 Konin ul. Szymanowskiego 4
tel. 638901768; 798776362
NIP 665-24-80-822 Regon 311109236
www.konin.ptsr.org.pl e-mail:konin@ptsr.org.pl
Konto bankowe nr 35 2030 0045 1110 0000 0059 4570

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia.....

FORMULARZ OFERTOWY

Ja, niżej podpisany:

Adres:

Nr telefonu:

NIP:

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 3/2017 dotyczące realizacji usługi Asystenta Osoby Niepełnosprawnej w ramach projektu pt. „RAK 2017 REHABILITANT - ASYSTENT – KONSULTANT” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach płatności określonych w zapytaniu ofertowym za cenę 1 godz. brutto usługi
.....zł brutto (słownie: zł)

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

.....
podpis Wykonawcy

