

FORMULARZ OFERTOWY

Zamawiający:
POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W SZCZECINIE
UL.RYBACKA 1, 70-204 SZCZECIN
NIP 852-000-67-57

1. Nazwa i adres Wykonawcy

.....
.....
.....

tel. (kier.) fax e-mail:

Regon NIP

Nr rachunku bankowego i nazwa banku

.....

2. Przedmiot oferty transport na trasach:

1)Szczecin - Schwedt – Szczecin;

2)Szczecin – Pasewalk – Szczecin

3. Po zapoznaniu się z zaproszeniem i warunkami realizacji zamówienia podejmujemy się wykonać cały zakres prac z godnie z obowiązującymi przepisami, za cenę ofertową:

I. Całkowita cena za przejazdy na obu trasach

a) zł netto (z VAT)

słownie (netto)

b) zł brutto (z VAT)

słownie (brutto)

4. Oświadczamy, że niniejsza oferta obowiązuje przez okres 30 dni.

.....
Pieczętka i podpis Wykonawcy