

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 tłumaczenia: zwykłe i przysięgłe

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 tłumaczenie zwykłe (cena A) jednej strony:

a) zł netto (z VAT)

słownie (netto)

b) zł brutto (z VAT)

słownie (brutto)

II Całkowita cena za tłumaczenie przysięgłe (cena B) jednej strony:

a) zł netto (z VAT)

słownie (netto)

b) zł brutto (z VAT)

słownie (brutto)

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

5. Oświadczamy, że posiadamy doświadczenie w tłumaczeniach o tematyce medycznej w tym doświadczenie przy tłumaczeniu dokumentów wewnętrznych uczelni wyższej (wymienić przynajmniej dwa podmioty dla których zostały wykonane tłumaczenia medyczne:.....)

.....
Pieczętka i podpis Wykonawcy

O. Bosnyale