



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550

FORMULARZ OFERTOWY

Dane oferenta:

Nazwa:

Adres:

NIP:

REGON:

Nr tel.:

Nr faxu:

e-mail:

1. Oferujemy obsługę prawną na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie za każdy miesiąc w kwocie:

Cena netto	(.....)	słownie:
VAT	(.....)	słownie:
Cena brutto	(.....)	słownie:

1. Zamówienie wykonam przy udziale zespołu wymienionego zgodnie z załącznikiem do oferty .
2. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
3. Akceptujemy 30 dniowy termin związania ofertą .



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie
ul. Piłsudskiego 11, 22-500
Hrubieszów, e-mail sekretariat@spzozhrubieszow.pl
REGON 000308376, NIP 919-15-17-717
konto bankowe: BANK OCHRONY ŚRODOWISKA SA
40 1540 1144 2001 6441 9033 0001
Sekretariat tel. 84-696-32-96, fax 84-69-70-686
Tel. Centrala 84-696-26-11 do 14



System
zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 22000:2005

www.tuv.com
ID 9105045550

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
5. Oświadczamy, że spełnimy wymagania Zamawiającego określone w zapytaniu ofertowym.
6. Zobowiązujemy się do wykonywania zamówienia w terminie 12 miesięcy od daty podpisania umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis osób
uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu
Wykonawcy