**FORMULARZ OFERTY**

pieczęć wykonawcy

**Szpital Chorób Płuc im Św. Józefa w Pilchowicach**

ul. Dworcowa 31

44-145 Pilchowice

Nawiązując do Zaproszenia do składania ofert (w celu szacowania wartości zamówienia) na: ”**Szkolenia personelu do Programu DOSTĘPNOŚĆ PLUS.**”

my niżej podpisani:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz:

**Nazwa i adres Wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy |  |
| NIP *(jeżeli dotyczy)* |  |
| REGON *(jeżeli dotyczy)* |  |

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie poszczególnych części przedmiotu zamówienia, stosując niżej wymienione stawki:

|  |
| --- |
| **Szkolenia personelu do Programu DOSTĘPNOŚĆ PLUS według standardu dostępności WK 1.2 – Przeszkolenie pionu zamówień publicznych w obszarze dostępności** cenę netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.cenę brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.podatek VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. |
| **Szkolenia personelu do Programu DOSTĘPNOŚĆ PLUS według standardu dostępności WK 2.1 – Szkolenie personelu w zakresie komunikacji przestrzennej** cenę netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.cenę brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.podatek VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. |
| **Szkolenia personelu do Programu DOSTĘPNOŚĆ PLUS według standardu dostępności WK 3.1 – Szkolenie w zakresie kompetencji społecznych w obszarze komunikacji**cenę netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.cenę brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.podatek VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. |
| **Szkolenia personelu do Programu DOSTĘPNOŚĆ PLUS według standardu dostępności RK 1.6 – Szkolenia z zakresu zarządzania procesami oraz zarządzania przez wartości**cenę netto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.cenę brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.podatek VAT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. |

1. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Telefon, Fax |  |
| Adres e-mail |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*