Załącznik Nr 2

Dane Wykonawcy:
……
nazwa firmy
……
adres firmy
……
NIP lub REGON
……
tel./fax
……
e-mail
……

Oferta

Oferuję wykonanie zamówienia *„Świadczenie usług zabezpieczenia medycznego zespołami ratownictwa medycznego obiektów wskazanych przez Wojewodę Mazowieckiego w okresie 8-9 lipca 2016 roku”.*

1) Kalkulacja Ceny Oferty[1]

Miejsce stacjonowania	Data	Rodzaj ZRM	Godziny		Liczba godzin	Stawka dobowa	Koszt
			od	do			
Cena netto (kwota w złotych za całość zamówienia)							
Podatek VAT (kwota w złotych za całość zamówienia)							
Cena brutto (kwota w złotych za całość zamówienia)							

[1] Zgodnie z treścią Ogłoszenia o zamówieniu wszelkie informacje niezbędne do sporządzenia Kalkulacji Ceny Oferty dostępne są w siedzibie Zamawiającego adres Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa, Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego pok. 533.

2) Posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności leczniczej w formie udzielania świadczeń zdrowotnych i działa na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego: …….…….…….…… (wskazać wojewodę) pod numerem: …….…….…… (wskazać numer księgi rejestrowej).

3) Akceptuję wszystkie warunki zamówienia, jak również istotne warunki umowy stanowiące Załącznik Nr 3 do ogłoszenia o zamówieniu.

.....

(data i podpis Wykonawcy)