Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Adres Wykonawcy** |  |
| **NIP/REGON** |  |
| **Osoba do kontaktu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Numer telefonu** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie** | **Cena netto** | **Stawka podatkowa** | **Cena brutto** |
| **Ambulans typu P z obsadą dwóch osób o wykształceniu medycznym wraz z oznaczeniem punktu medycznego.** | zł | % | zł |
| **Dwuosobowy patrol pierwszej pomocy posiadających tytuł ratownika KPP.** | zł | % | zł |
| **ŁĄCZNIE** | **zł** | **%** | **zł** |

…...............................................................................................

podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

…........................................

data