FORMULARZ CENOWY

Oferuję realizację zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym nr 5/ZD/2019 za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wartość netto**  **[zł]** | **VAT**  **[%]** | **Wartość brutto**  **[zł]** |
| 1. | Objęcie Służby Zdrowia Nadwiślańskiego Oddziału Straży Granicznej z siedzibą w Warszawie obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, które obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190). |  |  |  |

Termin ważności oferty: do dnia ……………….

……………………………….

(pieczęć i podpis wykonawcy)