Załącznik nr 1

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

Pieczęć Oferenta

**Formularz ofertowy**

Konkurs na realizację następujących programów zdrowotnych w roku 2024:

**„Program szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Masłów na lata 2020 – 2024”**

I. NAZWA OFERENTA : ...........................................................................................................

II.ADRES OFERENTA : .............................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...III.DANE OFERENTA ................................................................................................................

- nr telefonu.................................................................................................................................. - adres mailowy …………………………………………………………………………………

- nr konta bankowego...................................................................................................................

IV. CENA OFERTOWA:

**1. Szczepienia przeciwko bakteriom meningokokowym**

Cena ofertowa usługi na osobę...............................zł brutto

2. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:

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

- nr telefonu................................................................................................................................

- adres mailowy………………………………………………………………………………

…………………., dnia……………..……   
 (miejscowość)

……………………………………

(Podpis i pieczęć firmowa Oferenta)