

FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

I. Składam ofertę cenową na usługę badania sprawozdań finansowych dla poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej:

1. SPZOZ Szpital Powiatowy w Gryfinie

Cena (netto) (z VAT)

Termin

2. SPZZOZ w Gryfinie

Cena (netto) (z VAT)

Termin

II. Oświadczam, że spełniam przesłanki art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

III. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych.

IV. Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem podatków oraz opłat i składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.

V. Oświadczam, że uzyskałem wszelkie informacje i do przygotowania i złożenia oferty.

VI. **Załącznikami do niniejszej oferty są:**

1.

2.

3.