**OFERTA**

**na realizację bieżącej obsługi prawnej**

**SP ZOZ MSWiA w Opolu**

1. **Zamawiający**

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** z siedzibą w Opolu, 45-075 Opole, ul. Krakowska 44, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 39436, posiadającym
NIP: 7541091489 oraz REGON: 531163515,

1. **Wykonawca:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** | **Adres Wykonawcy** |
|  |  |

1. **Osoba uprawniona do kontaktów:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Telefon** |  |
| **e-mail** |  |

1. **Deklaracje wykonawcy**
2. My, niżej podpisani, będąc upoważnionymi do podpisania niniejszej oferty przez wymienionego powyżej Wykonawcę, w odpowiedzi na Państwa zapytanie ofertowe oświadczamy, że zdobyliśmy wszelkie niezbędne informacje do opracowania oferty i podpisania wynikającej z niej umowy.
3. Ustalamy cenę ofertową za każdy miesiąc obowiązywania umowy na kwotę netto (to jest bez podatku od towarów i usług (VAT)): ……………,…PLN (słownie: …………………………………… złotych …/100), to jest na kwotę brutto: ……………,…PLN (słownie: …………………………………… złotych …/100).
4. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
5. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązujemy się zawrzeć umowę
w miejscu i w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. **Podpisy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość****i data** | **Pieczęć Wykonawcy** | **Imię i nazwisko osoby / osób upoważnionych do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy** | **Podpis osoby / osób upoważnionych do podpisania oferty w imieniu Wykonawcy** |
|  |  |  |  |