Załącznik nr 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pieczęć nagłówkowa firmy)

Nazwa firmy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

z siedzibą

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osoba odpowiedzialna za sporządzenie oferty

tel/fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na przeprowadzenie badania sprawozdania finansowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej oferuję/oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w specyfikacji za cenę:

netto ………..……zł(słownie………………………………………………………………………………………………………)

brutto …………….zł(słownie……………………………………………………………………………………………………..)

w tym:

1. **za rok 2021** netto……………zł (słownie: ……………………………………………..), brutto………………zł (słownie:…………………………………………………).

Warunki płatności przelew \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dni (min. 30 dni)

1. **za rok 2022** wynosi netto……………zł (słownie: ……………………………………………..), brutto………………zł (słownie:…………………………………………………).

Warunki płatności przelew \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dni (min. 30 dni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

Załącznik nr 3

**Wykaz usług**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rok w którym przeprowadzono badanie sprawozdania finansowego | Nazwa i adres jednostki ochrony zdrowia w której przeprowadzono badania sprawozdania finansowego | Suma bilansowa  jednostki ochrony zdrowia w której przeprowadzono badania sprawozdania finansowego |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |
| **16.** |  |  |  |
| **17.** |  |  |  |
| **18.** |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy