Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

DANE WYKONAWCY

Pełna nazwa:

Adres:

Tel: / ,

fax: /

NIP ,

REGON

KRS lub wpis do ewidencji dział. gospodarczej:

Osoba upoważniona do kontaktów w sprawie zamówienia:

Nawiązując do zapytania ofertowego na realizację usługi audytu zewnętrznego projektu pn. „Centrum ABC” współfinansowanego przez PFRON, realizowanego w ramach dziewiątego konkursu o zlecenie realizacji zadań ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Składamy niniejszą ofertę, oświadczając jednocześnie, że zrealizujemy zamówienie zgodnie

z wszystkimi warunkami zamówienia.

1. Łączna wartość wynagrodzenia za realizację zamówienia wynosi:

Cena brutto: zł, słownie:

2. Termin realizacji zamówienia: 01.03.2015 – 31.03.2015

(zgodnie z harmonogramem zawartym w ogłoszeniu i we wzorze umowy)

.…………………………… ………………………………………….. (data i miejsce) (podpis osoby upoważnionej)