**Załącznik nr 2**

**Formularz oferty**

Dotyczy konkursu pn.: **„Poprawa dostępności mieszkańców Gminy Lubawa do usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarskiej i pielęgniarskiej   
w 2024 roku”**.

Dane Wykonawcy:

Nazwa firmy:

Adres:

Powiat: Województwo:

KRS: ................................ NIP: ................................ REGON:

Tel.: ................................ Faks.: ................................ e-mail:

**Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami konkursu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oznaczenie** | **Koszt**  **1 godziny**  **brutto** | **Łączna liczba godzin** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 = 3 x 4 |
| 1. | Poprawa dostępności mieszkańców Gminy Lubawa  do usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarskiej i pielęgniarskiej  w 2024 roku |  | 352 |  |
| Wartość brutto słownie: | | | | |

1. Oświadczam(y), że zapoznaliśmy się warunkami konkursu oraz zdobyliśmy wszelkie konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
2. Oświadczam(y), że zawarty w ogłoszeniu o konkursie projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w ogłoszonym konkursie.

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

(podpis przedstawiciela Wykonawcy)

\* Niepotrzebne skreślić