Załącznik nr 1

**Formularz ofertowy**

*Zabezpieczenie medyczne prac nurkowych w m. Orzysz w dniach   
05-07.11.2024r.*

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa firmy………………………………………………………………………………………………

Adres……………………………………………………………………………………………..

NIP………………………………………………………………………………………………..

REGON…………………………………………………………………………………………..

Osoba upoważniona do kontaktów……………………………………………………………

Telefon e-mail……………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Cena brutto  1 roboczogodziny\* | Ilość godzin | Wartość całkowita  brutto zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Koszt pracy lekarza\* |  | 24 |  |
| Razem | | | |  |

\*Cena roboczogodziny zawiera koszt dojazdu do miejsca zabezpieczenia

1.    Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie przepisów art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13.04.2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 poz. 835)

Imię Nazwisko ……………………………………...

podpis Wykonawcy lub pełnomocnego przedstawiciela Wykonawcy