Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego na realizację usług
w postaci przewozu osób zmarłych lub zabitych w miejscach publicznych w granicach administracyjnych Miasta Krakowa do zakładu medycyny sądowej

**FORMULARZ OFERTOWY**

**W odpowiedzi na zapytanie ofertowe Gminy Miejskiej Kraków dotyczące świadczenia usług w postaci przewozu osób zmarłych lub zabitych w miejscach publicznych w granicach administracyjnych Miasta Krakowa do zakładu medycyny sądowej**

|  |
| --- |
| **Dane Wykonawcy:** |
| **Nazwa Oferenta** |  |
| **NIP** |  |
| **Adres** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Osoba do kontaktu (proszę podać imię i nazwisko oraz nr telefonu i adres e-mail)** |  |

**Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia - świadczenia usług w postaci przewozu osób zmarłych lub zabitych w miejscach publicznych w granicach administracyjnych Miasta Krakowa do zakładu medycyny sądowej**

|  |
| --- |
| **Oferowana cena:** |
| **Oferowana jednostkowa cena netto usługi przewozu osoby zmarłej lub zabitej w miejscu publicznym (w zł) –****Słownie:** |  |
| **Oferowana jednostkowa cena brutto usługi przewozu osoby zmarłej lub zabitej w miejscu publicznym (w zł) –****Słownie:****Wysokość podatku VAT –**  |  |

 **Data i podpis Oferenta**