

.....
miejscowość.....
data**FORMULARZ CENOWY****1. Dane Oferenta**

- 1.1.
/nazwa, siedziba/
- 1.2. NIP REGON
- 1.3. Organ rejestrowy i nr wpisu do KRS/ewidencji działalności gospodarczej (w przypadku braku nr należy wpisać nazwę pod jaką firma jest wpisana)
.....
- 1.4. Adres e-mail
tel. fax
- 1.5. Osoba upoważniona do podpisania umowy:
na podstawie
/nazwa i ew. nr dokumentu/

2. Zamawiający:

Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o.

ul. 1-go Maja 9 ; 41-100 Siemianowice Śl.

3. Proponowany termin realizacji umowy :**4. Przedmiot zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług doradztwa prawnego przez osoby posiadające odpowiednie przygotowanie oraz prawo wykonywania zawodu radcy prawnego lub adwokata. Zakres świadczonych usług obejmuje udzielanie porad prawnych, sporządzanie opinii prawnych w zakresie działania jednostki dla organów Spółki i pracowników zgodnie z potrzebami Spółki, reprezentowanie Spółki przed sądami oraz organami administracji, w tym przed Komisją ds. Zdarzeń Medycznych.

5. Proponowana cena ryczałtowa (miesięczna):

..... netto, VAT,brutto:
..... (słownie:
.....)

6. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.**7. Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią Zaprośzenia do złożenia oferty cenowej i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.**

.....
pieczętka i czytelny podpis Oferenta lub osoby upoważnionej
do reprezentacji Oferenta