

FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

dotyczy: świadczenia usług związanych z pełnieniem funkcji koordynatora badań klinicznych w Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w ramach projektu pn. „Centrum Wsparcia Badań Klinicznych Narodowego Instytutu Onkologii Oddziału w Gliwicach” – realizowanego w wyniku konkursu nr ABM/2020/3, finansowanego ze środków Agencji Badań Medycznych

Dane dotyczące Wykonawcy:

Imię i nazwisko:

Adres :

Numer telefonu: e-mail:

PESEL:

Posiadane kwalifikacje:.....

.....

.....

.....

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cena brutto za 1 godz. zł brutto
	słownie: zł brutto

Okres ważności złożonej oferty:.....

Termin realizacji: od dnia **1 stycznia 2025 r.** do dnia **31 grudnia 2025 r.**

Oświadczenie Wykonawcy:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z zapytaniem ofertowym oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
2. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu zamówienia.

.....
data

.....
podpis Wykonawcy