Załącznik nr 1

do **ROZEZNANIE RYNKU**

**dot. „Eliminacja zdrowotnych czynników ryzyka pracowników w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu –Działania szkoleniowe”**

# Formularz wyceny

**Wykonawca\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:** | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów: Telefon:**  **Adres e-mail:** | ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |

***\*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców***

# OFERTA

**dla**

**Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu ul. St. Batorego 15**

**41-902 Bytom**

W odpowiedzi na zapytanie pn.: **„Eliminacja zdrowotnych czynników ryzyka pracowników w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu –Działania szkoleniowe”,** składamy niniejszą wycenę oświadczając, że:

Cena za wykonanie całego zamówienia oszacowana została na: (podać łączną cenę brutto

PLN)…………….……………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres** | **Ilosć osób** | **Cena za jedna osobę** | **Cena** |
| **Szkolenie praktyczne z nauki technik opieki nad pacjentem** | 50 osób |  |  |
| **Szkolenie z technik radzenia sobie ze stresem.”** | 70 osób |  |  |

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

(miejscowość i data) (podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)