



## Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

ul. Nowolipki 2a  
00-160 Warszawa  
tel. 22 241 39 86

biuro@ptsr.org.pl  
[www.ptsr.org.pl](http://www.ptsr.org.pl)

KRS: 000 008 33 56  
REGON: 006237795  
NIP: 526-16-73-344

Konto: 37 1440 1390 0000 0000 1568 3902

### Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

#### FORMULARZ OFERTY

Imię i nazwisko/Nazwa Oferenta:	
Adres:	
NIP:	
Dane kontaktowe (e-mail, telefon):	
Osoba kontaktowa:	

Odpowiadając na zapytanie ofertowe Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego dot. wydruku magazynu SM Express, oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z treścią zapytania ofertowego i akceptuję warunki w nim zawarte,
- nie pozostaję powiązany/-a osobowo z Zamawiającym.

\_\_\_\_\_ *data i podpis*

**Oferuję realizację usługi będącej przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymogami opisanymi w zapytaniu ofertowym wg poniższej kalkulacji:**

Nazwa przedmiotu zamówienia	Cena netto	Cena brutto
Wydruk 1 egzemplarza SM Expressu		

Kwota brutto za całość realizowanego zamówienia: ..... zł  
(słownie: .....),  
w tym netto: ...../VAT .....

\_\_\_\_\_ *data i podpis*

Projekt współfinansowany przez:

