

....., dnia .....

**FORMULARZ CENOWY**  
**przeprowadzenia audytu zewnętrznego projektu**  
**„Ścieżki Myślenie o publikacji dla osób chorych na SM, wspierane finansowo ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych”**

.....  
Nazwa Wykonawcy

.....  
imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

.....  
adres: ulica, nr. lokalu, kod, miejscowość ..

..... telefon/fax ..... e-mail

NIP ..... REGON .....

Lp.	Przedmiot zamówienia	Wartość zamówienia (brutto)
1.	Koszt przeprowadzenia audytu zewnętrznego projektu	

.....  
podpis Wykonawcy