

....., dnia

FORMULARZ CENOWY
przeprowadzenia audytu zewnętrznego projektu
ścisła współpraca - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SMC,
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 ..

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

.....

podpis Wykonawcy