



## załącznik nr 2 do szacowania wartości zamówienia

Nazwa Wykonawcy:.....

Adres Wykonawcy:..... tel./faks .....

e-mail: .....NIP:.....

Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, z siedzibą przy ul. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa w odpowiedzi na zaproszenie do oszacowania wartości zamówienia, informuję iż cena kształtuje się następująco:

L.p.	Przedmiot zamówienia	Wartość zamówienia: cena brutto	Uwagi
1	Realizację usługi dotyczącej zadania pn. „ Adaptacja testu profilaktycznego” obejmującego przeprowadzenie szkolenia personelu Projektu z programu Lighthouse MBT dla 15 uczestników		
2	Realizację usługi dotyczącej zadania pn. „ Adaptacja testu profilaktycznego” obejmującego przeprowadzenie szkolenia personelu Projektu z programu Lighthouse MBT dla 1 uczestnika		

Data Pieczętka Wykonawcy

podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej

.....

.....