**Załącznik 1 do Zapytania o cenę nr 15/RR/TCKochan/2019**

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

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**FORMULARZ CENOWY**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia zawartym w pkt V w następującej cenie:

| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa (PLN brutto)** | **Wartość ogółem  (PLN brutto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Szkolenie z zakresu **rejestracji medycznej**  (72 h) | osoba | 7 |  |  |
|  | Szkolenie z zakresu **obsługi klienta i sprzedaży usług** (78h) | osoba | 7 |  |  |
| **Łączna cena szkolenia z zakresu „Pracownik rejestracji medycznej, obsługa klienta oraz sprzedaż usług”** | | osoba | 7 |  |  |
|  | Egzamin~~y~~ potwierdzający nabyte kwalifikacje (obejmujące cały zakres tematyczny szkolenia) | osoba | 7 |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |

**Oświadczam, że :**

1. całkowita wartość brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty;
2. przedstawiona oferta cenowa ma charakter informacyjny i nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu Art.66 par.1 Kodeksu Cywilnego.

**Dane osoby do kontaktu ws. niniejszej oferty:**

Imię i nazwisko (nazwa)..….….….............................................................................................

Adres ..…………………………….….............................................................................................

Tel./fax .….….........................................................................................................................

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

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

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)