 

**Oddział w Opolu Opole, 30.10.2024 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa (firma) Wykonawcy: |  |
| Adres Wykonawcy: |  |
| Numer telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| NIP: |  |
| REGON |  |
| reprezentowany przez | …………………………………………………………………  *imię, nazwisko Wykonawcy lub osoby upoważnionej* |
| podstawa do reprezentowania | …………………………………………………………………  *określić, na jakiej podstawie osoba reprezentuje Wykonawcę* |
| osoba do kontaktu | …………………………………………………………………  *imię, nazwisko* |

**Do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

**Formularz szacunkowej wyceny**

W odpowiedzi na Państwa prośbę, przesyłamy wycenę zamówienia na „**Wymiana klapy dymowej na dachu budynku O/ZUS Opole**”:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Łączna cena netto** | **Stawka VAT** | **VAT** | **Łączna cena brutto** |
| 1. | Kosztorys ofertowy |  |  |  |  |

**Termin wykonania od dnia podpisania zlecenia: …………... dni.**

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

***miejscowość data podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej***