**ROZEZNANIE CENOWE**

*Usługa kompleksowej obsługi prawnej Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzyrzeczu*

.......................................................

Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta

.......................................................

Adres Oferenta

........................................................

tel., e-mail (obowiązkowo)

........................................................

NIP

........................................................

REGON

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena za 1 (jeden) miesiąc realizacji usługi** | **Uwagi** |
| **netto**(zł) | **VAT1** | **brutto**(zł) |
| **%** | **zł** |
| 1. | Usługa kompleksowej obsługi prawnej Ośrodka Pomocy Społecznej w Międzyrzeczu |  |  |  |  |  |

1 Określenie właściwej z odpowiednimi przepisami stawki podatku VAT należy do Wykonawcy

…………………………………. …………...………..….………………..

 (miejscowość, data) (czytelny podpis Wykonawcy)