***Załącznik nr 1 do Rozeznania rynku nr CNZ/Z4/2/2018-RR***

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ** | |
| ***Nazwisko*** |  |
| ***Imię (imiona)*** |  |
| ***Adres*** |  |
| ***Telefon kontaktowy*** |  |
| ***Adres poczty elektronicznej*** |  |
| **ZGODNIE Z WYMOGAMI OKREŚLONYMI W ZAPYTANIU NR CNZ/Z4/2/2018-RR SKŁADAM OFERTĘ CAŁKOWITĄ ZA JEDNĄ GODZINĘ SZKOLENIOWĄ  WARSZTATÓW ZARZĄDZANIA SOBĄ** | |
| OFEROWANA CENA  BRUTTO za 1 godz. szkoleniową | ..………….………………………….…………………………………………………złotych  (słownie:……………………………………………………………………………………) |

Załączniki:

1. CV potwierdzające wymagane wykształcenie i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia

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

*data i miejscowość czytelny podpis składającego ofertę*