|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY**   1. Pełna nazwa oferenta / NIP   …………………………………………………………………………………………..   1. Adres lub siedziba oferenta, numer telefonu,   …………………………………………………………………………………………..   1. Ceny przedstawiona jako cena netto w PLN, wg poniżej przedstawionych usług | | | |
|  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Jednostka** | **Cena jednostkowa** |
| 1 | Badanie ogólnego stanu zdrowia | szt |  |
| 2 | Szczepienie p/wściekliźnie | szt |  |
| 3 | Sczepienie podstawowe p/chorobom | szt |  |
| 4 | Sterylizacja suki (w zależności od wielkości):  5-15 kg  16-30 kg  powyżej 30 kg | szt  szt  szt |  |
| 5 | Sterylizacja kotki | szt |  |
| 6 | Kastracja psa | szt |  |
| 7 | Kastracja kota | szt |  |
| 8 | Odrobaczanie | tabletka |  |
| 9 | Eutanazja psa | szt |  |
| 10 | Eutanazja kota | szt |  |
| 11 | Eutanazja miotu kociąt lub szczeniąt | miot | zł/szt. |
| 12 | Dojazd do zdarzenia z udziałem zwierząt (Transport wg ogólnie obowiązujących stawek za 1 km) | zł/km |  |
| 13 | Pobyt zwierzęcia w lecznicy (koszt jednej doby) | szt |  |
|  |  |  |  |
| ***Wszystkie usługi podlegają opodatkowaniem podatkiem VAT w wysokości - 8.%.***   1. Oświadczamy, że świadczenie usług odbywać się będzie całodobowo. | | | |
|

***Zamawiający Wykonawca***

***………………. ……………………***