# Formularz cenowy

na realizację usługi pn. „Świadczenie usługi hotelarskiej i restauracyjnej podczas obozu terapeutycznego, który odbędzie się w terminie 11 – 16 sierpnia 2025 r. na terenie województwa łódzkiego”.

(*nazwa i adres Wykonawcy*)

Szacunkową kalkulację kosztów prosimy sporządzić z podaniem **ceny netto.** Wskazana cena powinna obejmować **wszystkie koszty** i składniki związane z wykonaniem zamówienia.

**Wartość szacunkowa**

# **Cena całkowitej oferty**

Cena netto - . zł

Słownie: . zł