**Załącznik nr 1**

OFERTA

Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie

NIP 878-13-12-275, REGON 870403112

ADRES:

ul. POD MŁYNIK 4A

87-200 Wąbrzeźno

Ofertę składa:

NAZWA ZLECENIOBIORCY

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Nawiązując do zapytania ofertowego z Waszej strony na „Dostawę pieluchomajtek, majtek chłonnych, wkładów anatomicznych, podkładów higienicznych, pianek myjących, chusteczek nasączonych, myjek niepodfoliowanych na potrzeby mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie”

**OFERUJEMY**

**„Dostawę pieluchomajtek, majtek chłonnych, wkładów anatomicznych, podkładów higienicznych, pianek myjących, chusteczek nasączonych, myjek niepodfoliowanych na potrzeby mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie ”**

………………………………………………….……………………………….. **ZŁ. NETTO**

…………………………………………………...…………………………….. **ZŁ. BRUTTO**

…………………………………

(data i podpis)

**Załącznik nr 2**

**Nazwa i adres wykonawcy**:

|  |
| --- |
|  |

**Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli:**

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w sprawie **„Dostawę pieluchomajtek, majtek chłonnych, wkładów anatomicznych, podkładów higienicznych, pianek myjących, chusteczek nasączonych, myjek niepodfoliowanych na potrzeby mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie ”**

oświadczam, że:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia,
3. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
4. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.
5. Akceptuję warunki przyszłej umowy.

….…………………

(podpis)