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 „**Organizacja turnusu** **rehabilitacyjnego na potrzeby mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie”**

**OFERUJEMY**

„**Organizacja turnusu** **rehabilitacyjnego na potrzeby mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie**

**CENA WYKONANIA ZAMÓWIENIA ZA CAŁOŚĆ ZAMÓWIENIA**

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

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

**CENA SŁOWNIE**

**…………………………………………………………………………..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 „**Organizacja turnusu** **rehabilitacyjnego 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.

….…………………