**Załącznik nr 1**

OFERTA DLA

Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie

NIP 878-173-62-65, REGON 870403112

ADRES:

ul. POD MŁYNIK 4A

87-200 Wąbrzeźno

Ofertę składa:

NAZWA ZLECENIOBIORCY ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nawiązując do zapytania ofertowego z Waszej strony na: **„****Zakup i dostawa artykułów medycznych na potrzeby Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie”**

**OFERUJEMY**

na: **„Zakup i dostawa artykułów medycznych na potrzeby Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie”**

………………………………………………….………………**ZŁ** **NETTO (miesięcznie )**

…………………………………………………...…………………………….. **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: **„Zakup i dostawa artykułów medycznych na potrzeby Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie”**

w trybie zapytania ofertowego 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 lub przedstawię pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego osób zdolnych do wykonania 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.

….…………………

(data i podpis)