**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 **„Dostawa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz środków pomocniczych na potrzeby mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie”**

**OFERUJEMY**

**„Dostawa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz środków pomocniczych na potrzeby mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie”**

**CENA WYKONANIA ZAMÓWIENIA ZA CAŁOŚĆ ZAMÓWIENIA**

**(odpłatność 100%)**

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

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

**CENA SŁOWNIE:**

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

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

…………………………………

 (data i podpis)

 **Załącznik nr 3**

**Nazwa i adres wykonawcy**:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w sprawie **„Dostawa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz środków pomocniczych 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)