

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

I. Oznaczenie Zamawiającego:

Gmina Wierzchosławice

33-122 Wierzchosławice

NIP: 873-11-11-741

w imieniu, którego działa nabywca

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wierzchosławicach

Reprezentowany przez Kierownika: Marcelinę Bryl

33-122 Wierzchosławice 550

II. Oznaczenie Wykonawcy:

1. Nazwa:
2. Adres:
3. Forma kontaktu:
4. Osoba upoważniona do złożenia oferty/podpisania umowy:
.....
5. Osoba odpowiedzialna/do kontaktu:
.....

Składam ofertę na realizację zamówienia wskazanego w zapytaniu ofertowym pn.:

Zatrudnienie lekarza specjalisty w ramach współpracy z Centrum Wsparcia Opiekunów w Wierzchosławicach, w celu m.in. udzielania poradnictwa, instruktażu dla osób zależnych oraz ich opiekunów w miejscu zamieszkania na terenie Gminy Wierzchosławice zgodnie z projektem pn. „Rozwój usług społecznych świadczonych przez Gminny Ośrodek Społeczny w Wierzchosławicach”. Dofinansowanie w ramach „Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027”.

Postępowanie nie podlega ustawie z dnia 11 września 2019r.-Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2024r., poz.1320 ze zm.) na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1.

Oferuje wykonanie zamówienia za cenę brutto zł, cena netto
..... zł

1. Oświadczam/y, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę/wnosimy do nich zastrzeżeń.



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

3. Przyjmuję/my do realizacji postawione przez zamawiającego, w zapytaniu ofertowym warunki.

4. Oświadczam/y, że firma jest płatnikiem VAT o numerze identyfikacyjnym NIP

.....

5. Oświadczamy, że formą rozliczania się z Zamawiającym będą faktury w formie: ustrukturyzowanych faktur elektronicznych / faktur papierowych (tradycyjnych) lub rachunek *

.....

data i podpis

* niewłaściwe skreślić