

FORMULARZ OFERTOWY

Zamawiający:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stawigudzie
ul. Olsztyńska 10;11-034 Stawiguda
NIP: 739-11-46-851; REGON: 510517560
Tel. 895126202,
Fax. 895126371

Wykonawca:

tel. fax.....
NIP:REGON:
e-mail.....

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na: usługę transportową- przewóz artykułów spożywczych w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym z magazynu Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej w Olsztynie do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stawigudzie:

1. Oferuję/ -my cenę zryczałtowaną za wykonanie przedmiotu zamówienia od ilości przejechanych kilometrów:- za jeden kurs - przejazd- z załadunkiem o masie pow! 3 ton

Cena netto.....
słownie
Cena brutto.....
słownie:

2. Akceptuję/ - my termin wykonania zamówienia określony w zapytaniu ofertowym.

3. Jednocześnie oświadczam pod odpowiedzialnością karną:

Oświadczam, że cena brutto obejmuje wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia.

Oświadczam, że posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności.

Oświadczam, że firma którą reprezentuję, posiada wszelkie możliwości techniczne pozwalające na wykonywanie podmiotu zamówienia.

Oświadczam, że w stosunku do firmy którą reprezentuję, nie orzeczono zakazu ubiegania się o zamówienia na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

Oświadczam, że w stosunku do firmy nie otwarto likwidacji ani jej upadłości.

Oświadczam, że uzyskałem/łam od zamawiającego wszelkie informacje niezbędne do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty, a zapytanie ofertowe jest sporządzone w sposób czytelny i zrozumiały.

Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonywanie zamówienia.

Załączniki:

.....
.....
.....

(pieczęć i podpis)