

Zamawiający:

N.Z.O.Z. Centrum Stomatologii Rodzinnej,

Michał Szczepaniak

Ul. Nowotarska 294

34-431 Waksmund

NIP: 775 240 93 56

FORMULARZ OFERTOWY

Wykonawca

(imię i nazwisko,
nazwa podmiotu):

Adres:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

NIP:

W odpowiedzi na ROZEZNANIE RYNKU 1/0001/2020/RR w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności składam ofertę na **usługę cateringową dla podopiecznych DDOM w Waksmundzie** w okresie od 10-08-2020 do 31-08-2020 zgodnie z wymaganiami określonymi w rozeznaniu rynku, za cenę:

Przedmiot zamówienia:	usługę cateringową dla 25 podopiecznych DDOM w Waksmundzie	
Cena za dzienne wyżywienie jednej osoby brutto (w zł):	Liczbowo	Słownie
Cena za wyżywienie 25 osób w czasie realizacji zamówienia (16 dni) brutto (w zł):	Liczbowo	Słownie
Czas zgłoszenia zmiany ilości posiłków	Liczba godzin na zmianę ilości posiłków:	

Oświadczenia:

- Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania usługi w zakresie określonym w ROZEZNANIU RYNKU 1/0001/2020/RR
- Oświadczam, iż spełniam określone w zapytaniu ofertowym warunki udziału w postępowaniu.
- Oświadczam, że posiadam doświadczenie w realizacji min. 1 usługi cateringowej polegającej na przygotowaniu śniadania oraz obiadu i podwieczorku dla 25 osób
- Oświadczam, iż znana jest mi treść Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.
- Oświadczam, że okres ważności oferty to 30 dni liczonych od dnia przewidzianego na składanie ofert.
- Wskazuję, że przy realizacji Przedmiotu zamówienia powierzymy/nie powierzymy podwykonawcom następującą część zamówienia.....
- Oświadczam, że jesteśmy/nie jesteśmy* płatnikami podatku VAT.
- Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w ofercie i załącznikach są zgodne z prawdą.

miejsowość, data

Pieczęć i czytelny podpis Oferenta