



Załącznik nr 2 do rozeznania cenowego

Zamawiający:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Sikorskiego 3
87-700 Aleksandrów Kujawski

Wykonawca:

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

(pełna nazwa/firma, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL)
reprezentowany przez:

.....
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa
do reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy

Składane w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz potwierdzenia spełnienia pozostałych wymogów ustanowionych w rozeznaniu cenowym

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego wskazane w rozeznaniu cenowym.

..... (miejsowość), z dniar.

.....
(podpis)

Oświadczam, że posiadam doświadczenie w zakresie dostawy elementów wyposażenia (co najmniej 3 dostawy odpowiadające swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia).

..... (miejsowość), z dniar.

.....
(podpis)

Załącznik nr 3 do rozeznania cenowego

FORMULARZ OFERTOWY

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa:

Adres:

Tel.: Fax:

NIP:

Adres poczty elektronicznej:

1. Nawiązując do zaproszenia do składania ofert *na dostawę elementów wyposażenia mieszkania treningowego w ramach projektu partnerskiego pn. "Rodzina w Centrum 2"* współfinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 9 Solidarne Społeczeństwo, Działanie 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych .

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na zasadach określonych w rozeznaniu cenowym.

cena brutto: (słownie)

2. Warunki płatności- przelewem 7 dni po przedłożeniu faktury.
3. Warunkiem dokonania płatności w terminie 7 dni od dnia przedłożenia faktury będzie dostępność środków finansowych na rachunku bankowym projektu partnerskiego, pn. „Rodzina w Centrum 2” w ramach Osi Priorytetowej 9 Solidarne społeczeństwo, Działania 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałania 9.3.2 Rozwój usług społecznych w ramach części RPO WKP 2014-2020 współfinansowanej z Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Fakturę należy wystawić w następujący sposób i przesłać na adres Zamawiającego:
Nabywca:
Powiat Aleksandrowski
ul. Słowackiego 8
87-700 Aleksandrów Kujawski
NIP: 891-16-23-744
Odbiorca:
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Sikorskiego 3
87-700 Aleksandrów Kujawski
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z rozeznaniem cenowym i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
6. Oświadczam, że cena podana w ofercie jest obowiązująca w całym okresie ważności realizacji zamówienia i zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Wykonawca.





7. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w prowadzonym postępowaniu.

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy

