

## 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 dnia .....r.

.....  
(podpis)

Oświadczam, że posiadam doświadczenie w zakresie wykonywania dostaw polegających na dostawie sprzętu komputerowego i RTV (co najmniej 3 dostawy odpowiadające swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia).

..... (miejsowość), z dnia .....r.

.....  
(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 sprzętu komputerowego i RTV na potrzeby 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

