



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik Nr 2 do zapytania ofertowego z dnia 20.02.2020 r.

.....
(podpis i/lub pieczęć Wykonawcy)

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

TERMIN WAŻNOŚCI OFERTY: 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert

ZAMAWIAJĄCY:

Województwo Zachodniopomorskie,
Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego,
ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin
NIP 851-287-14-98.
Tel. 91 425 36 00

WYKONAWCA:

.....
.....
(nazwa, adres siedziby Wykonawcy, NIP, REGON, dane teleadresowe / ew. czytelna pieczęć)

W ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE OFERTOWE

na zakup, dostawę medycznego sprzętu szkoleniowego na potrzeby szkoleń prowadzonych w ramach projektu „Dobre Wsparcie – system lokalnych usług społecznych”, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa: RPZP.07.00.00 Włączenie społeczne, Nazwa Działania: RPZP.07.06. Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym

1.1. Cena za zakup i dostawę medycznego sprzętu szkoleniowego zgodnie ze specyfikacją zawartą w załączniku Nr 1:

Cena ofertowa całkowita :złotych brutto
(słownie złotych: złotych brutto).
Cena ofertowa całkowita:..... złotych netto
(słownie złotych: złotych netto).
Zastosowana stawka podatku VAT:%

1.2. Czas dostawy (w pełnych dniach)¹:

Oferuję/my następujący czas dostawy:

¹ Zamawiający zastrzega, iż najdłuższy czas realizacji zamówienia to termin **15 dni** od dnia podpisania umowy. Przy czym Zamawiający informuje, że oferty zawierające termin realizacji zamówienia **powyżej 15 dni będą odrzucane jako niespełniające warunków.**



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego i uznaję się za związanego określonymi w nim wymaganiami i zasadami postępowania oraz że uzyskałem wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że przedmiot oferty jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w załącznik Nr 1, w tym z wymaganiami zawartymi w zapytaniu ofertowym.
3. Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym w sprawie niniejszego zamówienia:

Imię i Nazwisko:

Numer telefonu:

e-mail.....

.....
(data, pieczęć i czytelny podpis - osoby upoważnionej do reprezentacji
Wykonawcy)