



Załącznik nr 1

Nazwa Wykonawcy:	
Siedziba Wykonawcy:	
Województwo, powiat,	
gmina, miejscowość	
Ulica, nr budynku,	
kod pocztowy, poczta	
REGON	
NIP	
Imię i Nazwisko osoby do kontaktu z Oferentem	
Telefon	
Fax.	
Strona www.	
e-mail	

OFERTA CENOWA

W odpowiedzi na **Zaproszenie do złożenia oferty cenowej na dostawę środków ochrony osobistej COVID 19 z dnia 01.09.2020 r.** w realizowanym przez NZOZ „Nowe Życie” I. Ogonek, Z. Ogonek Spółka Jawna projekcie pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej „Nowe Życie”” nr RPSW.09.02.03-26-0011/18, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Oś Priorytetowa *RPSW.09.00.00 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem*, Działanie: *RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych*, Poddziałanie: *RPSW.09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych*, składam/y niniejszą ofertę:

Oferuję/emy wykonanie przedmiotu Zamówienia za łączną cenę:

- wartość brutto zł. (słownie:złotych)



Oświadczam/y, że:

- Uzyskałem/łam/liśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia,
- Zapoznałem/łam/liśmy się i akceptuję/emy treść Zaprośzenia Ofertowego i nie wnoszę/simy do niego zastrzeżeń,
- Usługę wykonam/y sam/a/i / z udziałem podwykonawcy/ców/*,
- w przypadku wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/emy się do przygotowania i podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

.....
Miejscowość, data

.....
....
podpisy osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy

oświadczam(y), że:

1. Prowadzę/dzimy działalność gospodarczą w branży odpowiadającej przedmiotowi zamówienia.



2. Oferuję/emy realizację zamówienia na poziomie, co najmniej wskazanych w Zaproszeniu Ofertowym
3. Dysponuję/emy zasobami i wiedzą niezbędnymi do realizacji zamówienia.

.....
Miejscowość, data

.....
podpisy osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy

oświadczam(y), że:

nie jestem(śmy) z Zamawiającym czyli NZOZ Nowe Życie I. Ogonek, Z. Ogonek Spółka Jawna, z siedzibą: 29-100 Włoszczowa, ul. Mleczarska 11, powiązany(a)(i) osobowo lub kapitałowo tzn.: nie jestem(śmy) z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, powiązany(a)(i) poprzez:

- a) uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
Miejscowość, data

.....
Pieczątką i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy

* niepotrzebne skreślić