

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. | |
| Internet: http:// | |
| e-mail | |

OFERTA CENOWA

Nawiązując do zapytania ofertowego na szacowanie wartości zamówienia na dowóz pacjentów z miejsca zamieszkania do Dziennego Domu Opieki Medycznej, w ramach realizowanego przez NZOZ „Nowe Życie” I. Ogonek, Z. Ogonek Spółka Jawna projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej „Nowe Życie”” nr RPSW.09.02.03-26-0011/18, współfinansowanego 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:

Dowóz pacjentów z miejsca zamieszkania do Dziennego Domu Opieki Medycznej

Oferuję/emy wykonanie przedmiotu Zamówienia za łączną cenę:

- wartość netto zł. (słownie:złotych)

- VAT zł. (słownie:złotych)

- 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 Zapytania Ofertowego i nie wnoszę/simy do niego zastrzeżeń,
- Usługę wykonam/y sam/a/i / z udziałem podwykonawcy/ców/*,
- Akceptuję/emy wzór umowy i w razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/emy się do jej podpisania w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

.....
Miejscowość, data

.....
podpisy osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy (dane Wykonawcy):

Nazwa: _____

Adres siedziby: _____

oświadczam(y), że:

1. Prowadzę/dzimy działalność gospodarczą w branży odpowiadającej przedmiotowi zamówienia.
2. Oferuję/emy realizację zamówienia na poziomie, co najmniej wskazanym w Zapytaniu Ofertowym
3. Znajduję/jemy się w dobrej sytuacji finansowej i ekonomicznej umożliwiającej realizację przedmiotu zamówienia.
4. Dysponuję/emy zasobami i wiedzą niezbędnymi do realizacji zamówienia.

.....
Miejscowość, data

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

Załącznik nr 3

***OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH
Z ZAMAWIAJĄCYM***

Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy (dane Wykonawcy):

Nazwa: _____

Adres siedziby: _____

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.

.....
Miejscowość, data

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