**Załącznik Nr 1 do Zapytania Ofertowego**

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

( Pieczęć Wykonawcy, nazwa i adres ) ( data )

Nr sprawy : DPS/ZP/2523/2533/ BZP /D / 58N / 2016

**FORMULARZ OFERTY**

# Do: DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM.HELCLÓW, 31-148 KRAKÓW, UL. HELCÓW 2

Nawiązując do ogłoszenia ZAPYTANIA OFERTOWEGO z dnia 06.12.2016r. – na dostawę :

**ZAKUP I DOSTAWA PODKŁADÓW HIGIENICZNYCH DLA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. L. I A. HELCLÓW W KRAKOWIE**

**Termin realizacji zamówienia : do 27.12. 2016r.**

1. Oferujemy realizację zamówienia, w pełnym rzeczowym zakresie zgodnie z Zapytaniem Ofertowym i Formularzem Ofertowym za kwotę :

|  |
| --- |
| * **Razem wartość netto** : ………………………………. zł * **Razem wartość brutto**  : ………………………………. zł   Słownie brutto : ( …………………………………………...................………………………… )zł |

1. Oświadczamy, że :
2. cena oferty uwzględnia wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, w tym koszty dostawy do Zamawiającego,
3. akceptuję warunki realizacji zamówienia określone przez Zamawiającego w Opisie Przedmiotu Zamówienia stanowiącym Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego oraz wzorze Umowy stanowiącym Załącznik Nr 2 do Zapytania ofertowego,
4. zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia Umowy, zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik Nr 2 do Zapytania ofertowego, na określonych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
5. niniejsza oferta jest dla nas wiążąca przez okres 60 dni licząc od terminu składania ofert.
6. Zaoferowane towary spełniają parametry wskazane przez Zamawiającego w Zapytaniu Ofertowym.
7. Oświadczamy, że:
8. przedmiot zamówienia wykonamy siłami własnymi **\***
9. powierzymy podwykonawcom realizację niżej wymienionych części zamówienia **\***

|  |  |
| --- | --- |
| Lp | Część zamówienia |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\*Niewłaściwe skreślić

W załączeniu Formularz Cenowy – załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego

……........................................................

*p o d p i s*

*upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy*