

sprawa nr MGOPS.5025.8.2019/zo

Pełna nazwa Wykonawcy	
Adres siedziby Wykonawcy	
Ulica	
Miejscowość, kod pocztowy	
NIP	
Nr telefonu do kontaktu	
Adres e-mail lub fax do kontaktu	
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktowania się z Zamawiającym	

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**w Strzelnie****ul. Sportowa 6****88 – 320 Strzelno**

FORMULARZ OFERTY

1. Nazwa przedmiotu zamówienia

„Wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania na terenie gminy Strzelno - usługi terapii biofeedback”

2. Nazwa Wykonawcy:

.....

.....

3. Oferuję wykonanie usług za cenę:

.....zł brutto za 1 roboczogodzinę

Słownie brutto

4. Oświadczam, że świadczyłem(am)/ nie świadczyłem(am) usługi opiekuńcze dla MGOPS Strzelno w latach 2017 lub 2018 lub 2019.¹
5. Deklaruję termin wykonania zamówienia: od 01.01.2020r. do 31.12.2020r.
6. Oświadczam, że;
- a) zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i uznaję się za związaną/ym jego postanowieniami,
 - b) przedmiot zamówienia zobowiązuje się wykonać zgodnie z wymogami określonymi w ogłoszeniu oraz zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
 - c) w ofercie uwzględnione zostały wszystkie koszty wykonania zamówienia,
 - d) w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuje się do realizacji zamówienia.

.....

data

.....

podpis

¹ Niewłaściwe skreślić