

....., dn.....

## **FORMULARZ OFERTOWY**

**1. Nazwa oraz adres ZAMAWIAJĄCEGO:**

Powiat Białobrzegi ul. Plac Zygmunta Starego 9 26-800 Białobrzegi NIP: 798-14-64-078  
- Dom Pomocy Społecznej w Niedabyli, Niedabył 36A 26-804 Stromiec – reprezentowanym  
przez Arkadiusza Śliwę upoważnionego przez Zarząd Powiatu do składania oświadczeń woli  
w sprawach majątkowych  
tel/fax 48 619 10 28  
e-mail: dpsniedabył@bialobrzegipowiat.pl

**2. Nazwa przedmiotu zamówienia:**

Zakup i sukcesywne dostawy leków i suplementów diety dla Domu Pomocy Społecznej  
w Niedabyli

**3. Tryb postępowania:** zapytanie ofertowe

**4. Nazwa i adres WYKONAWCY:**

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

**NIP:** ..... **tel./fax:** .....

**e-mail:** .....

**5. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym za:**

wartość netto: .....zł

podatek VAT: .....zł

cenę brutto: .....zł

słownie brutto: .....zł

Oferowany termin płatności: .....

## 6. Składający ofertę oświadcza, że:

- Przedmiot zamówienia zobowiązujemy się wykonać w terminie:
  - rozpoczęcie: od 01.02.2020 r.
  - zakończenie: do 31.01.2021 r.
- Oświadczamy, że dołożymy należytej staranności, by wykonanie zamówienia rozpoczęło się w terminie.
- Oświadczamy, że cena jednostkowa brutto nie podlega zmianie przez cały okres trwania umowy.
- Przyjmujemy zapisy Zapytania Ofertowego DPS.ZP.271.9.2019 bez zastrzeżeń a w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach i w czasie określonych w niniejszym postępowaniu.
- Jesteśmy świadomi, że koszty transportu i dostawy przedmiotu zamówienia do siedziby Zamawiającego ponosi Wykonawca.
- Oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
- Oświadczamy, że znajdujemy się w stabilnej sytuacji ekonomicznej i finansowej oraz nie podlegamy wykluczeniu

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie wpisanych przeze mnie w formularzu danych osobowych wyłącznie w celu realizacji niniejszego zamówienia. Jednocześnie oświadczam, że dane podałem dobrowolnie i zgodnie z art. 13 RODO zostałem poinformowany o danych kontaktowych Administratora Danych: e-mail: [rodo@seno.net.pl](mailto:rodo@seno.net.pl).

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1. Zestawienie leków pełnopłatnych zał. nr 1a
2. Zestawienie leków refundowanych zał. nr 1b
3. Zaakceptowany wzór umowy zał. 2
4. ....

.....  
(podpis Wykonawcy)