*Załącznik do Zapytania ofertowego*

Środowiskowy Dom Samopomocy typu „A i B”

Ul. K. Warchalskiego 3 07-300 Ostrów Mazowiecka

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy…………………………………………………………………………………

NIP, REGON ………………………………………………………………………………………

TELEFON, FAX …………………………………………………………………………………

W związku z ogłoszeniem, którego przedmiotem jest świadczenie usług w zakresie przewozu osób z terenu Gminy Ostrów Mazowiecka w Środowiskowym Domu Samopomocy typu „A i B” zgodnie z wymogami zawartymi w opisie przedmiotu za łączną cenę brutto oferty za cały przedmiot zamówienia w wysokości (za okres 12 miesięcy) :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Cena brutto za miesiąc świadczenia usług w zł | VAT ……%za miesiąc świadczenia usług ( zł) | Ilość miesięcy  | Cena za całość usługi |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | **PRZEWÓZ OSÓB Z TERENU GMINY OSTRÓW MAZOWIECKA** |  |  | **12** |  |

|  |
| --- |
| Brutto………………………………………………………………………………………… (wartość kolumny 5 wiersz 1)Słownie…………………………………………………………………………………………VAT.....%………………………………………………………………………………………Zamówienie będzie realizowane w terminie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy, jednak nie wcześniej niż od 2 stycznia 2020r.  |

**Warunki realizacji zamówienia oraz oświadczenia**

Deklarujemy następujące warunki realizacji zamówienia:

* Oświadczam, że zapoznałem/am się z zapytaniem ofertowym, przyjmuję warunki w nim zawarte i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
* Oświadczam, że dysponuję osobami posiadającymi uprawnienia niezbędne do wykonania prac związanych z przedmiotem zamówienia, posiadam odpowiednie uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
* Zapewniamy wykonanie usługi w terminie od dnia ……………………………… do dnia **31 grudnia 2020 r.**
* Oświadczamy, że cena zawarta w formularzu ofertowym pozostanie niezmienna przez okres trwania umowy,
* Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni od upływu terminu składania ofert,
* W przypadku zaistnienie braku możliwości realizacji usługi z przyczyn ode mnie niezależnych, zapewnię zastępstwo świadczenia usługi przez osobę o kwalifikacjach i doświadczeniu nie niższym niż moje. W takim przypadku zastępstwo podlegać będzie wcześniejszej akceptacji przez Zamawiającego.

……………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość i data imię i nazwisko oraz podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy