

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

Zamawiający:

Dom Pomocy Społecznej „KOMBATANT”

Ugoszcz 30

87-522 Ostrowite

Wykonawca:

…………………………………..

………………………………….

………………………………….

(imię i nazwisko/pełna nazwa/firma, adres

W zależności od podmiotu: NIP/PESEL,KRS/CEIDG)

FORMULARZ OFERTOWY

W związku z realizacją projektu pn.: „Wsparcie osób starszych i kadry świadczącej usługi społeczne w zakresie przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się COVID-19, łagodzenia jego skutków na terenie województwa kujawsko-pomorskiego” dofinansowanego z Funduszy Europejskich Oś priorytetowa 9. Solidarne społeczeństwo, Działanie 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego”.

Oferuję wykonanie dostawy…………………………………………………

Oświadczam, iż oferuję wykonanie zamówienia za cenę całkowitą:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. łóżko medyczne z funkcją fotela i pionizacji

 sztuk:1 | Kwota brutto…………………………………………….zł(słownie zł:…………………………………………………)Kwota netto……………………………………………….zł(słownie zł:…………………………………………………) |

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

Miejscowość i data Podpis