

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa i adres Zamawiającego:

Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Skale, ul. Szkolna 4, 32-043 Skala,
NIP: 6772079312, REGON:351 568 409, tel. 12 445 95 79.

2. Opis przedmiotu zamówienia:

Świadczenie w 2024 r. usług schronienia dla osób bezdomnych (kobiet i mężczyzn), których ostatnim miejscem zameldowania jest Miasto i Gmina Skala.

Termin wykonania zamówienia: 01.01.2024 r. do 31.12.2024 r.

a) warunki płatności : przelew

3. Dane Wykonawcy:

Nazwa.....

Adres.....

.....Numer KRS.....

NIP.....REGON.....

Adres e-mail:.....tel.....

a) Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:

- usługi schroniska dla bezdomnych (kobiet i mężczyzn) za 1 dzień pobytu 1 osoby bezdomnej za cenę:

.....

Cena netto.....zł (słownie:.....)

stawka VAT.....% kwotazł

Cena brutto.....zł (słownie:.....)

b) Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę/wnosimy do niego zastrzeżeń

c) Oświadczam/y, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia

.....,dnia.....

.....

miejsowość

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)