*Załącznik nr 4 do Regulaminu udzielania zamówień*

*publicznych, których wartość nie przekracza130.000 zł netto*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**1. Nazwa i adres Zamawiającego:**

Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Skale, ul. Szkolna 4, 32-043 Skała,   
NIP: 6772079312, REGON:

**2. Opis przedmiotu zamówienia:**

Termin wykonania zamówienia:

a) warunki płatności : przelew

**3. Dane Wykonawcy:**

Nazwa……………………………………………………………………………………………

Adres……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….Numer KRS………………………..

NIP………………………………………………....REGON……………………….………….

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

**4. Oferta cenowa**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące dostawy „opasek bezpieczeństwa”- urządzeń do świadczenia usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców Miasta i Gminy Skała powyżej 65 roku życia oraz świadczenie usługi obsługi systemu polegającego na sprawowaniu całodobowej opieki na odległość nad seniorami przez centrum monitoringuw ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2022, ogłoszonego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, oferuję realizację zamówienia - zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia wskazanym w zapytaniu ofertowym, na następujących warunkach:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Miara** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto – zł** | **Stawka VAT\*** | **Cena jednostkowa brutto – zł** |
| 1. | Koszt opaski bezpieczeństwa (łącznie z dostawą) | szt. | 1 |  |  |  |

\* w przypadku zastosowania innej niż podstawowa stawka VAT (tj. 23%) i/lub zwolnienia, proszę wskazać podstawę zastosowania stawki VAT i /lub zwolnienia

Łączna cena za 100 (sto) opasek bezpieczeństwa wynosi ........................... zł brutto (słownie ..........................)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto – zł** | **Stawka VAT\*** | **Cena jednostkowa brutto – zł** | **Ogółem cena brutto  (w zł)** |
| 1. | Opłata abonamentowa za usługę całodobowej opieki na odległość dla  1 użytkownika programu przez jeden miesiąc | 1 osoba – jeden miesiąc |  |  |  |  |

\* w przypadku zastosowania innej niż podstawowa stawka VAT (tj. 23%) i/lub zwolnienia, proszę wskazać podstawę zastosowania stawki VAT i /lub zwolnienia

Łączna cena brutto (opaski bezpieczeństwa i opłaty abonamentowe) wynosi ............................................................zł (słownie: ....................................................................)

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę/wnosimy do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam/y, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że na okres realizacji zamówienia będę dysponował dyspozytorami, którzy posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodu: ratownik medyczny lub opiekun medyczny lub pielęgniarka, przy czym liczba osób (dyspozytorów), którzy będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia umożliwi prawidłowe realizowanie zadania.
4. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu.
5. Oświadczam, że zapoznałem się w sposób wystarczający i konieczny ze szczegółowymi warunkami zamówienia określonymi w zapytaniu ofertowym, do których nie wnoszę zastrzeżeń.
6. Oferuję wykonanie zamówienia w terminie określonym w zapytaniu ofertowym.
7. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie określonych przez Zamawiającego.

……………………..,dnia…………………… …………..……………..

miejscowość ( pieczątka i podpis osoby uprawnionej )