Załącznik nr 2 do rozeznania rynku

PCPR-OK-JP-3610/17/20

..................................................................................   
 *pieczęć, nazwa i dokładny adres Wykonawcy*

*(NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Formularz oferty**

1. **Zamawiający:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie

ul. Wiśniowa 10

29-100 Włoszczowa

1. **Oferent:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy: |  |
| Adres firmy |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu |  |
| E-mail osoby do kontaktu |  |
| Numer telefonu osoby do kontaktu |  |

W odpowiedzi na rozeznanie rynku przeprowadzane w ramach Projektu **„Wsparcie dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej w okresie epidemii COVID-19”,** zwanego dalej „Projektem”, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój lata 2014-2020 - Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym, PI 9iv: Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym **w imieniu firmy**

………………………………………………………………………………………………… **oświadczam/y, że oferuję/emy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie   
z wymaganiami określonymi w rozeznaniu rynku i po zapoznaniu z opisem przedmiotu zamówienia składam/my niniejszą ofertę:**

**Oferuję/-my dostawę następujących produktów za cenę : w zakresie objętym warunkami zamówienia za kwotę**:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment zamawiany** | **Jednostka /opakowanie** | **Ilość jednostek/opakowań** | **Asortyment oferowany (nazwa, numer katalogowy, producent)** | **Cena jednostkowa (brutto)** | **Cena razem (brutto)** |
|
| 1 | Maski medyczne jednorazowe | 1 szt. | 9 900 |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | |  |

Razem oferowana kwota …..………………………brutto

(słownie:…………………………………………………………………………)

……………………………………………

(pieczątka i podpis osoby uprawnionej)