



Projekt "KOBIMED - Dzienny Dom Opieki Medycznej" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO

FORMULARZ OFERTOWY

.....

.....

/nazwa i adres Wykonawcy/

.....

/osoba do kontaktu, telefon, e-mail/

.....

/miejscowość i data/

OFERTA

Do: Biuro projektu „KOBIMED Dzienny Dom Opieki Medycznej”, Kobimed Sp. z o.o.,
ul. Centralna 12, 43-210 Kobiór.

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr 1/2016, dotyczące **dostarczenia i zamontowania platformy pionowej służącej do transportu osób niepełnosprawnych/windy dla osób niepełnosprawnych**, która będzie wykorzystywana do zapewnienia prawidłowego (zgodnego ze standardami określonymi przez Ministerstwo Zdrowia) świadczenia usług dla pacjentów DDOM Kobimed uruchomionego w ramach projektu "KOBIMED - Dzienny Dom Opieki Medycznej" nr POWR.05.02.00-00-0022/15, którego realizacja jest współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, **zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia za cenę:**

cena netto:PLN

podatek VAT:PLN

cena brutto:PLN

Jednocześnie deklaruję, iż na dostarczony sprzęt udzielię letniej gwarancji i w tym okresie zapewnię bezpłatny serwis.

Do przedmiotowego formularza załączam szczegółową ofertę: **tak / nie**

Ponadto oświadczam, że:

1. Znana mi jest treść Zapytania Ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
2. Zobowiązuję się w przypadku przyznania zamówienia naszej firmie do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu ofertowym.
4. Nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.

PREZES ZARZĄDU
„KOBIMED” Sp. z o.o.
Lek. med. Hanna Janusz