

Centrum Usług Społecznych dla powiatu bełchatowskiego

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2014-2020

załącznik nr 1 do zapytania

Dane Wykonawcy.....

Adres.....

tel. kontaktowy.....

e-mail.....

Formularz ofertowy

Oferuję wykonanie zakupu i dostawy sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, do realizacji zadań zaplanowanych w ramach projektu pn. „Centrum Usług Społecznych dla powiatu bełchatowskiego”:

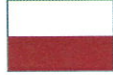
- 1) **cena oferty brutto wynosi:**.....zł kwota wynika z podsumowania poniższej tabeli
słownie:zł
- 2) **termin wykonania:** do dnia 28 września 2018r.
- 3) **termin płatności:** do 30 dni od daty dostarczenia faktury
- 4) **gwarancja:** 24 miesiące od dnia wydania przedmiotu zamówienia oraz podpisania przez Zamawiającego i Wykonawcę protokołu odbioru
- 5) Oświadczamy, iż znana jest nam treść Zapytania ofertowego i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte
- 6) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy dotyczącym zakupu i dostawy sprzętu rehabilitacyjnego w ramach realizacji projektu pn. Centrum Usług Społecznych dla powiatu bełchatowskiego. W przypadku wyboru naszej propozycji cenowej, zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym.

Tabela określająca ceny sprzętów

I.p.	Nazwa nadana przez Zamawiającego	j.m.	Ilość	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
1	Schodółaz kroczący	Szt.	1		
2	Podnośnik transportowo-kąpielowy	Szt.	2		
3	Fotel obrotowo-kąpielowy	Szt.	3		



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**Rzeczpospolita
Polska**



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Centrum Usług Społecznych dla powiatu bełchatowskiego

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2014-2020

4	łóżko rehabilitacyjne	Szt.	10		
5	Wózki inwalidzkie (aluminium)	Szt.	3		
6	Chodzik trójkołowy	Szt.	4		
7	Materac przeciwodleżynowy	Szt.	10		
				Razem	

.....
data i miejsce

.....
pieczęć oraz podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu