Projekt pn.: „Akcja Aktywizacja” współfinansowany z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**załącznik nr 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa / Imię i nazwisko:** |  |
| ***Adres*** */ulica, nr lok., miejscowość/***:** |  |
| **Adres korespondencyjny** /jeżeli dotyczy/**:** |  |
| ***NIP / PESEL:*** |  |
| ***REGON*** */o ile posiada/****:*** |  |
| ***Nr KRS lub innego rejestru:*** |  |
| ***Adres e-mail:*** |  |

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na **zakup i dostawa środków ochrony indywidualnej i środków do dezynfekcji w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim w ramach projektu „Akcja Aktywizacja””, realizowanego przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we współpracy z Zakładem Doskonalenia Zawodowego w Kielcach i Stowarzyszeniem Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej w Warszawie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2021, Oś priorytetowa 9. – Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 9.1 – Aktywna integracja zwiększająca szanse na zatrudnienie,** oferujemy wykonanie całości zamówienia za cenę:

**............................ zł netto (słownie:.......................................................................................... ..../100),**

**Stawka VAT: ....................**

**…........................... zł brutto (słownie: ...................................................................................... ..../100)**

**Ponadto oświadczamy, że:**

1. zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia;
2. akceptujemy wzór umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej, podpisać umowę na proponowanych warunkach, w terminie oraz w miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego;
3. uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
4. osobą/ami upoważnioną/ymi do podpisania umowy w przedmiotowym postępowaniu jest/są:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Imię, nazwisko* | *funkcja reprezentującego* |

1. wybór mojej/naszej oferty:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **nie będzie** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług |
|  | **będzie** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług  Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył *towarów/usług*\* ***(niepotrzebne skreślić):***   * ..................................,\*\* * .................................., * .................................., * ..................................,   objętych przedmiotem zamówienia, a ich wartość (bez kwoty podatku) wynosi ……… zł.  *\*\* (wpisać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi / gdy nie dotyczy pozostawić bez wypełnienia)* |

*(jeżeli Wykonawca błędnie określi powstanie u Zamawiającego obowiązku podatkowego Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług)*

1. osobą do współpracy w zakresie realizacji umowy ze strony Wykonawcy będzie:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Imię, nazwisko* | *stanowisko* |

1. realizację zamówienia zamierzamy *wykonać sami / zlecić Podwykonawcom\*.*

*\*niepotrzebne skreślić*

***Uwaga!***Jeżeli Wykonawca zamierza powierzyć określoną część usług Podwykonawcom, zobowiązany jest wskazać w ofercie zakres tych usług (tabela poniżej):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres przedmiotu zamówienia jaki**  **powierzymy Podwykonawcom** | **Nazwa podmiotu** |
| 1 |  |  |
| ... |  |  |

***Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu*** /skreślić, jeżeli nie dotyczy/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*miejscowość, data Podpisy osób uprawnionych do składania*

*oświadczeń woli**w imieniu Wykonawcy*