

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**1. Dane dotyczące wykonawcy**Nazwa: **Stowarzyszenie Punkt Animacji Współpracy**

Siedziba: **Lębork** Województwo **pomorskie**
 Adres poczty elektronicznej: **annarombalska@wp.pl**
 Strona internetowa: **https://facebook.com/stowarzyszeniePAW**
 Numer telefonu: **tel. kom. 602 578 168***
 Numer faksu: **0 (59) 863 32 62**
 Numer REGON: **771592495**
 Numer NIP: **841-15-98-871**
 Nr rachunku rozliczeniowego **69 2130 0004 2001 0252 1482 0001**
 Godziny urzędowania **11.00 – 17.00**

Jestem:

~~osoba fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą – nie prowadzącą działalności... / mikro / małym / średnim / dużym / innym - przedsiębiorstwem (skreślić niewłaściwe)~~

2. Dane dotyczące Zamawiającego

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie
 Adres siedziby: ul. Żołnierska 18a , 10-561 Olsztyn
 NIP 739-29-54-843 Regon 000295580

3. Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym Nr sprawy: SZP-332-90KO-2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

3.1 Cena oferty- wynagrodzenie ryczałtowe

Zadanie nr	Cena netto zł.	Podatek VAT w zł.	Stawka VAT %	Cena brutto zł
1	45 000,00	0,00	0,00	45 000,00

/wpisać kwotę łączną za oferowane zadania z rubryki „Razem” tabel zał. nr 2 i dołączyć wypełniony załącznik z oferowanym zadaniem do oferty/

4. Oświadczam, że:

- 4.1 Wykonam zamówienie publiczne w wymaganym w SWZ okresie.
 4.2 Akceptuję termin płatności faktur określony w SWZ.
 4.3 Reklamacje będą załatwiane w terminie podanym we wzorze umowy. Sposób zgłaszania problemów i reklamacji pisemnie - nr faksu i adres
59 863-32-62

Stowarzyszenie Punkt Animacji Współpracy ul. Armii Krajowej 32 84-300 Lębork

5. Osoby do kontaktów z Zamawiającym

- Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za przygotowanie niniejszej oferty :
Anna Rombalska tel. kontaktowy 602 578 168 mail: annarombalska@wp.pl
 ► Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:
Anna Rombalska tel. kontaktowy 602 578 168 mail, : annarombalska@wp.pl

6. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej* – /skreślić jeśli nie dotyczy/

Nazwisko, imię
 Stanowisko
 Telefon.....Fax.....

SZP-332-90-KO-2021 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie