

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE ZAMAWIAJĄCEGO

Zamawiający:	
Nazwa	Powiat Policki; Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Forma prawna	Jednostka samorządu terytorialnego
Numer NIP	8512550469
Dane teleadresowe Zamawiającego:	
Adres do korespondencji	ul. Szkolna 2, 72-010 Police
E-mail	sekretariat@pcpr.police.pl
Tel.	91 4240700
Godziny pracy	Pon. 7.30-16.00, wt.-czw. 7:30 – 15:30, piątek 7:30-15:00
Osoba do kontaktu (przedstawiciel Zamawiającego)	Anna Pinińska-Sosna Tel. 91 4240700

2. DANE OFERENTA

Imię i nazwisko	
Adres	
Tel./Fax	
E-mail	
Nr NIP (jeżeli dotyczy)	

3. OFERTA

W odpowiedzi na Zapytanie Ofertowe w sprawie zamówienia na dostarczenie **usługi** z dnia składam niniejszą ofertę i zobowiązuję się wykonać przedmiotowe zamówienie, zgodnie z wszystkimi warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym.

Przedmiotowe zamówienie **zobowiązuję się** wykonać na następujących oferowanych przeze mnie warunkach:

Kryterium : Cena

Usługa	Cena
łącna cena za jedną godzinę usługi	

Kryterium : Doświadczenie zawodowe

Brzmienie kryterium	Liczba lat
Liczba lat doświadczenia zawodowego (udokumentowanego)	

4. OŚWIADCZENIA OFERENTA

Niniejszym oświadczam, zgodnie z prawdą i pod rygorem odpowiedzialności prawnej, że:

- Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystania z pełni praw publicznych.
- Nie jestem osobą prawomocnie skazaną za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

.....

5. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

Przedkładam następujące dokumenty (oryginalne lub poświadczone za zgodność przez osobę uprawnioną):

OPIS DOKUMNETU	Krótki opis (nazwa) i liczba załączników (kart)
-----------------------	--

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje	
Dokumenty potwierdzające doświadczenie	
Referencje, świadectwa pracy i inne	

Niniejsza oferta jest ważna w terminie 30 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.

Miejscowość i data

/podpis oferenta/