

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE ZAMAWIAJĄCEGO

Zamawiający:	
Nazwa	Powiat Policki
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)	Beata Karlińska Tel. 91 4240700

2. DANE OFERENTA

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

3. OFERTA

W odpowiedzi na Zapytanie Ofertowe w sprawie zamówienia na dostarczenie **usługi psychologa** z dnia w ramach projektu: „Rodzina Razem się Trzyma” współfinansowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, składam niniejszą ofertę i zobowiązuję się wykonać przedmiotowe zamówienie, zgodnie z wszystkimi warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym, mając na względzie cel i charakter Projektu oraz uwarunkowania związane z jego realizacją z funduszy UE.

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

Kryterium : Cena

Usługa	Cena jednostkowa	maksymalna Liczba godzin	łączna cena
łączna cena za usługę		600	

4. OŚWIADCZENIA OFERENTA

Działając w imieniu wskazanego wyżej (w punkcie 2.) Oferenta, jako osoba upoważniona do złożenia niżej opisanych oświadczeń w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, zgodnie z prawdą i pod rygorem odpowiedzialności prawnej, że **spełniam warunki** udziału w wyżej wymienionym zamówieniu i nie zachodzą okoliczności wykluczające oferenta, o których mowa w pkt 3.4.1. Zapytania Ofertowego.

5. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

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

OPIS DOKUMENTU	Krótki opis (nazwa) i liczba załączników (kart)
Wydruk z CEIDG / KRS	Odpis z _____, k. ____.
Dyplom/y	Parafowane, ___ k.
Referencje, świadectwa pracy i inne	Parafowane, ___ k.
oświadczenia o dysponowaniu specjalistą/specjalistami,	Parafowane, ___ k.
oświadczenia o gotowości podjęcia współpracy przez osoby niebędące pracownikami stałymi Oferenta	Parafowane, ___ k.
.....	

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

Miejscowość i data

*/podpis i imienna pieczęć oferenta lub
upoważnionego przedstawiciela oferenta
z załączonym pełnomocnictwem/
/pozostałe strony oferty i załączniki dodatkowo
parafowane/*