

.....
(miejsowość, data)

GOPS.271.1.2023

OFERTA CENOWA

1. Nazwa wykonawcy
-
2. Adres wykonawcy (siedziba prowadzenia działalności):
-
3. Adres Wykonawcy do doręczeń/korespondencji:
-
4. Nr KRS (jeśli dotyczy):
5. NIP
6. REGON

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe, przedmiotem którego jest: świadczenie w 2024 r. usług schronienia w schronisku dla osób bezdomnych z terenu Gminy Zebrzydowice, oferuję/my: cenę/koszt dobowego pobytu 1 osoby bezdomnej, tj. ogólny koszt stałych wydatków rzeczowych i osobowych w wysokości zł brutto, słownie: (.....).

1. Oświadczam, że powyższe ceny zawierają wszystkie koszty jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty, cena ta nie ulegnie zmianie w trakcie umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia- i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Termin realizacji zamówienia –zgodnie z zapytaniem ofertowym.
4. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z postanowieniami wzoru umowy – załączonym do zapytania, akceptujemy bez zastrzeżeń przedmiotowe postanowienia, w tym warunki płatności i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszym wzorem i naszą ofertą.
5. Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od dnia jej złożenia.
6. Oświadczam, że spełniam niżej wymienione warunki udziału w postępowaniu:

- 1) posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności związanej z przedmiotem zapytania ofertowego, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- 2) Posiadam wiedzę i doświadczenie, niezbędne do prawidłowego wykonania usługi,
- 3) Pozostaję w sytuacji ekonomicznej i finansowej, pozwalającej na prawidłowe wykonanie zamówienia,
- 4) Placówka, w której realizowane będzie wsparcie spełnia standard podstawowych usług zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2018r. w sprawie minimalnych standardów noclegowni, *schronisk* dla osób bezdomnych, *schronisk* dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni (Dz. U. z 2018r. poz. 896),
- 5) Placówka świadcząca bezpośrednie wsparcie dla osób bezdomnych zlokalizowana jest na terenie województwa śląskiego.

7. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe oraz mam świadomość, iż Zamawiający ma prawo weryfikować prawdziwość ww. oświadczenia.

8. Miejsce świadczenia usług:

.....
.....

(adres)

.....
(podpis wykonawcy lub podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)