

.....
(miejscowość, data)

GOPS.271.4.2025

O F E R T A C E N O W A

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 2026r. usług schronienia w noclegowni dla osób bezdomnych z terenu Gminy Zebrzydowice, oferuję/my: cenę/koszt za 1 dzień pobytu 1 osoby bezdomnej, (osobodzień) 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. Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od dnia jej złożenia.
4. 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) pozostają 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. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe oraz mam świadomość, iż Zamawiający ma prawo weryfikować prawdziwość ww. oświadczenia.

6. Miejsce świadczenia usług:

.....
.....

(adres)

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