

FORMULARZ OFERTOWY

DANE ZAMAWIAJĄCEGO

ZAMAWIAJĄCY	GMINA GRZMIĄCA – GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GRZMIĄCEJ
ADRES*	UL. 1 MAJA 7, 78-450 GRZMIĄCA
NIP*	673-17-71-695
REGON*	330920647
STRONA WWW	www.gops.grzmiaca.org.pl
ADRES EMAIL*	gops@grzmiaca.org.pl
TELEFON*	(094) 37 368 78
FAX	(094) 37 368 83

DANE WYKONAWCY

WYKONAWCA*	
ADRES*	
NIP*	
REGON*	
STRONA WWW	
ADRES EMAIL*	
TELEFON*	
FAX	

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr ZP.26.9.2025.PCH z dnia 23-04-2025 r. o wartości poniżej 130 000,00 zł dotyczące „Usługi terapii logopedycznej w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania” - oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

ŁĄCZNA SZACUNKOWA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA	
zł	łącznie brutto

Wyszczególnienie:

Szacunkowa liczba osób	Szacunkowa ilość godzin usług SUO	Cena jednostkowa za 1 godzinę netto (zł)	Podatek VAT w zł	Cena jednostkowa za 1 godzinę brutto (3+4 =5)	Wartość szacunkowa umowy brutto (1x2x5) x 12 miesięcy =6
1	2	3	4	5	6
1	18				

- Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przed okres 30 dni licząc od daty wyznaczonej na składanie ofert.
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi we wzorze umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.**

.....
(miejscowość, data, czytelny podpis,
pieczęć firmowa)