

## FORMULARZ OFERTOWY

### Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach  
ul. Dr. Edwarda Rittlera 2, 16-500 Sejny  
tel.: el.: 875 172 314; fax: 875 172 335

### Wykonawca:

.....  
.....  
.....

W nawiązaniu do ogłoszenia zaproszenia do składania ofert z dnia 25.09.2019 r. na świadczenie usługi tłumacza języka litewskiego podczas spotkania roboczego partnerów projektu nr LT-PL-3R-253 pn. „Wzmacnianie współpracy w zakresie wsparcia starzejącego się społeczeństwa i usług socjalnych” („Strengthening of cross – border cooperation towards aging and social services”) realizowanego w ramach Programu Współpracy Interreg V-A Litwa – Polska, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

### Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:

cena netto .....zł.,

cena.....zł brutto,

(słownie.....zł. brutto)

w tym VAT.....

**Cena nie ulegnie zmianie przez okres trwania umowy. Cena zawiera wszystkie niezbędne koszty do wykonania umowy.**

### Oświadczamy, że:

1. Zapoznaliśmy się z zaproszeniem do składania ofert i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy informacje i wyjaśnienia potrzebne do przygotowania oferty.
2. Zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i akceptujemy go i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Spełniamy warunki wykonania zamówienia:
  - zamówienie wykonamy w terminie wymaganym przez Zamawiającego.
  - oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę, doświadczeni, kwalifikacje i uprawnienia do prawidłowego wykonania zamówienia.
  - dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym i wykwalifikowaną kadrą do wykonania zamówienia.
  - nie podlegamy wykluczeniu z postępowania.

.....dnia.....

.....  
podpisy i pieczętki wykonawcy

