



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Pomorze Zachodnie**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## ZAŁĄCZNIK NUMER 1

**Powiatowe Centrum  
Pomocy Rodzinie w Świdwinie  
ul. Koszalińska 12  
78-320 Połczyn Zdrój**

### FORMULARZ OFERTY

....., dnia .....  
*/ pieczętka nagłówkowa Wykonawcy/ / miejscowość/*

#### **I. DANE WYKONAWCY :**

REGON .....

NIP .....

Tel./fax .....

e-mail. ....

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO:

.....

#### **II. CENA :**

##### **II. CENA :**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia (zapytania ofertowego) za jedną godzinę świadczenia usług cenę brutto:.....(słownie:.....  
.....) złotych oraz cenę brutto obejmującą całość zamówienia, wyrażoną cyfrą i słownie:  
.....(słownie:.....) złotych



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Pomorze  
Zachodnie

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



**Wg zapytania ofertowego:**

Wykonawca określi cenę oferty za realizację całego przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem wszystkich kosztów związaną z realizacją wymagań Zamawiającego w zapytaniu Nr 7/2022

**II. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z zapytaniem ofertowym Nr 7/2022 (w tym - opisem przedmiotu zamówienia) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia.
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym, a także osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
3. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

**IV. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU  
Z ZAMAWIAJĄCYM:**

Ewelina Bielińska Tel. +48 530 031 023

adres e-mail : [eb@pcprpoleczynzdroj.pl](mailto:eb@pcprpoleczynzdroj.pl)

.....  
/Miejscowość, data /

.....  
/ Podpis Wykonawcy/