



Fundusze Europejskie
Program Regionalny

ZRPZ.2421.09.2022.MN



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2
do zapytania ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

Zamawiający:
Powiat Szczecinecki- Powiatowe
Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku
ul. Wiatraczna 1
78-400 Szczecinek

OFERTA

Nazwa i adres podmiotu składającego ofertę:

.....
.....

NIP..... REGON

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące: **zorganizowania dwutygodniowych (2 x 5 dni od poniedziałku do piątku od godz. 8:00 do 15:00) półkolonii letnich z nauką jazdy konnej w terminie między 04.07.2022 r. a 26.08.2022 r. dla 42 uczestników z podziałem na sześć grup po 7 dzieci. Zamówienie będzie realizowane w ramach projektu „Pomoc osobom uciekającym przed wojną w Ukrainie na terenie Powiatu Szczecineckiego”, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie: 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.**

zgodnie z wymogami zawartymi w Zapytaniu ofertowym:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią zapytania ofertowego: (całkowity koszt organizacji półkolonii, w tym także koszty wszystkich atrakcji turystycznych przewidzianych w szczegółowym programie kolonii, wyżywienie, koszty transportu, w przeliczeniu na jednego uczestnika) za cenę:

NETTO:.....

VAT:

BRUTTO:.....

Słownie



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Całkowita cena zorganizowania półkolonii dla 42 uczestników:

NETTO:.....

VAT:

BRUTTO:.....

Słownie

Ponadto oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z przedmiotem i warunkami zamówienia i akceptuję jego warunki,
- 2) spełniam wszystkie wymagania dotyczące Wykonawcy, określone w zapytaniu ofertowym,
- 3) akceptuje termin i warunki usługi.
- 4) akceptuję termin wykonania i warunki płatności zgodny z ustanowionym w zapytaniu ofertowym.

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

.....

Numer telefonu:

Numer faksu na który będzie wysyłana korespondencja:.....

Adres e-mail:

....., dn.

.....

*Podpis osoby/ób uprawnionych
do składania świadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*