

OFERTA CENOWA

Nazwa Wykonawcy:
Adres:
NIP:
Telefon:
E-mail na który zamawiający ma przysyłać korespondencję:

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej
ul. Krakowska 45a
42-202 Częstochowa

Przystępując do postępowania ZAM/03/RPO/2018

Przedmiotem zamówienia jest dostawy aparatów oraz usług telefonicznych dla uczestników projektu pn. „Pomagamy, wspieramy, dajemy nadzieję” (zwanego dalej „Projektem”) realizowanego w okresie od 14.05.2018r. do 09.01.2020r.

Przedmiot zamówienia obejmuje dostawę:

- aparatów telefonicznych: 10 szt.

Specyfikacja: standardowy aparat telefoniczny dostosowany do użytkowania przez osoby starcze, z dużymi przyciskami i prostym, czytelnym wyświetlaczem

- usług telekomunikacyjnych: 12 abonamentów na okres trwania projektu (20 miesięcy)

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z opisem i na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym za cenę brutto zł,
(Słownie:..... złotych brutto),
zgodnie z poniższą specyfikacją:

Lp	Nazwa	ilość	cena	razem	parametry
1	Aparaty telefoniczne	10			
2	Usługi telekomunikacyjne (abonamenty)	12			

2. Oświadczam, że w cenie brutto zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, zgodnie z opisem zamówienia (Rozdział 2, pkt. 1)

3. Oświadczam, że:

- 1) przedmiot zamówienia wykonam w terminach określonych przez Zamawiającego, zgodnie z zapytaniem ofertowym;

Beneficjent: STOWARZYSZENIE OPIEKI HOSPICYJNEJ ZIEMI CZĘSTOCHOWSKIEJ

Projekt: „Pomagamy, wspieramy, dajemy nadzieję”, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych

- 2) zapoznałem/łam się z warunkami realizacji zamówienia wskazanymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem/łam konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia;
- 3) akceptuję wskazany w zapytaniu ofertowym czas związania ofertą,
- 4) spełniam warunki udziału w postępowaniu.
- 5) Prowadzę /nie prowadzę¹ działalność gospodarczą o profilu odpowiadającym zamówieniu.
- 6) Jestem / nie jestem¹ płatnikiem podatku VAT.
- 7) W przypadku uzyskania zamówienia zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 8) Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich badań mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz wyjaśnień finansowych i technicznych, przez Zamawiającego lub jego upoważnionych przedstawicieli.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności z art.297 Kodeksu Karnego.

.....
(miejsce i data) (podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)

Niepotrzebne skreślić

Oświadczenie

o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia: ZAM/03/RPO/2018

ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

w imieniu:

Nazwa Wykonawcy:

Adres:

NIP:

oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz posiadania statusu osoby zdolnej do wykonania zamówienia;
- 3) sytuacji ekonomicznej i finansowej.
- 4) Nie jestem powiązany kapitałowo bądź osobowo z Zamawiającym w sposób, o którym mowa w rozdziale 3 zapytania ofertowego.

Poprzez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa,
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności z art.297 Kodeksu Karnego.

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)

Beneficjent: STOWARZYSZENIE OPIEKI HOSPICYJNEJ ZIEMI CZĘSTOCHOWSKIEJ

Projekt: „Pomagamy, wspieramy, dajemy nadzieję”, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych