Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych
w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

.....
/pieczęć adresowa Wykonawcy/

Formularz ofertowy

Dane Zamawiającego

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków.
Nr telefonu: (12) 44-67-500
Nr faxu: (12) 44-67-501
e-mail: zol@zol-krakow.pl; strona WWW: www.mco.krakow.pl

Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na **realizację usługi cateringowej dla pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej w Krakowie**

oferuję (-my) realizację przedmiotu zamówienia **za cenę*:**

brutto: .....zł za całodniowe wyżywienie dla **1 osoby**

słownie: .....

Powyższa wartość skalkulowana została w oparciu o następujące stawki jednostkowe:

Rodzaj posiłku	**Cena jednostkowa brutto**
Śniadanie	
Napoje	
Dwudaniowy obiad	

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych
w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Ponadto oświadczam iż:

1. Przedmiot zamówienia wykonam (-y) **w terminie od dnia zawarcia umowy do 31 grudnia 2019 r.**
2. W przypadku przyznania Nam / mojej osobie zamówienia, **zobowiązuję(my) się** do realizacji zamówienia **w terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
3. **Zapoznałem(liśmy) się** ze wzorem umowy i **nie wnoszę(imy)** do niego **zastrzeżeń** oraz przyjmuję(my) warunki w nim zawarte.
4. Oferta została złożona na ..... **stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr ..... do nr .....
5. Informuję także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest Pani/Pan……..……., tel. ……, fax. ……..., e-mail …….
6. Posiadam(-y) następujący numer konta bankowego: ……, numer NIP: …… oraz numer REGON ……..
7. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazuję(-my) ……

……

……..

(*wypełniają tylko Wykonawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą, jako osoby fizyczne)*

…… …….

/ Miejscowość i data/ */Upełnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/*