*Załącznik nr 2 do Zapytania nr 1/10/2021z dnia 18.10.2021 r.*

……………………………

*(Dane Oferenta)*

**Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi Stowarzyszenie**

**Laski, ul. Brzozowa 75**

**05-080 Izabelin**

**OFERTA**

W odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert na zadanie  **pn. „Zakup środków ochrony osobistej dla Domu Pomocy Społecznej w Żułowie w ramach środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na 2021 r.”** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę**:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **Cena jednostkowa****(brutto)****(za 1 sztukę/****opakowanie)** | **Ilość (sztuki/****opakowanie)** | **Wartość razem****(brutto)****(3 X 4)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Maseczka jednorazowa medyczna |  | 4000 szt. |  |
| 2. | Maseczka ochronna jednorazowa (opak.50 szt.) |  |  100 opak. |  |
| 3. | Preparat do odkażania skóry 350 ml. |  | 20 szt. |  |
| 4. | Żel do dezynfekcji rąk 50 ml. |  | 50 szt. |  |
|  **RAZEM** |  |
| **WARTOŚĆ RAZEM słownie złotych ……………………………………………………………………………………………………..** zł  |

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
2. Przedmiot zamówienia zostanie zrealizowany zgodnie z warunkami i terminem zawartym w  zapytaniu ofertowym oraz opisem przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczamy, że oferowane towary spełniają parametry określone przez Zamawiającego w Opisie przedmiotu zamówienia
4. Posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
5. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
6. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni.
8. W przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do przyjęcia zlecenia oraz podpisania umowy o dostawę przedmiotu zamówienia.
9. Oświadczamy o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym oraz o  niewpisaniu do rejestru długów i niepostawieniu go w stanie likwidacji lub upadłości.
10. Potwierdzam prawdziwość informacji zawartych w tej ofercie.

Dane osoby do kontaktu (imię i nazwisko, tel.):

……………………………………………

 *……………………………………..……………………………*

 *(miejscowość, data,*

*podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*