Załącznik nr 2

do Zapytania o cenę

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na Zapytanie o cenę z dnia 13 sierpnia 2020r. ,którego przedmiotem jest zakup i dostawa środków ochrony osobistej dla wychowanków, rodziców zastępczych oraz pracowników rodzinnej ( rodziny zastępcze spokrewnione, rodziny zastępcze niezawodowe, rodziny zastępcze zawodowe oraz rodzinne domy dziecka) i instytucjonalnej pieczy zastępczej, w ramach projektu „ Wsparcie dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej w okresie epidemii COVID-19”, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój lata 2014-2020, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę łącznie:

netto …………………………………………..… zł

słownie …………………………………………………………………………………………………………………………..zł

podatek VAT ……………………………………..zł

słownie …………………………………………………………………………………………………………………………..zł

brutto ………………………………………………zł

słownie …………………………………………………………………………………………………………………………..zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn.**  **brutto** | **Cena oferty**  **brutto (zł)**  **kol.4 x kol. 5** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | **Maseczki ochronne antywirusowe** | szt. | 1 630 |  |  |
| 2. | **Rękawiczki jednorazowe**  lateksowe, bezpudrowe, rozmiar **S** | szt. | 2 050 |  |  |
| 3. | **Rękawiczki jednorazowe**  lateksowe, bezpudrowe, rozmiar **M** | szt. | 3 300 |  |  |
| 4. | **Rękawiczki jednorazowe**  lateksowe, bezpudrowe, rozmiar **L** | szt. | 2 400 |  |  |
| 5. | **Rękawiczki jednorazowe**  lateksowe, bezpudrowe, rozmiar **XL** | szt. | 400 |  |  |
| 6. | **Płyn do dezynfekcji rąk**  poj. 5 L | szt. | 33 |  |  |
| 7. | **Płyn do dezynfekcji rąk**  Poj. 1 L | szt. | 96 |  |  |

1. Zobowiązujemy się w przypadku udzielenia nam zamówienia do jego zrealizowania w ramach ceny ofertowej.
2. Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia na własny koszt w terminie do 5 dni od złożenia zamówienia w formie pisemnej do siedziby Zamawiającego, przy ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz.
3. Zobowiązujemy się do wystawienia faktury VAT za wykonanie dostawy oraz zgadzamy się na płatność w terminie 14 dni od utrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, przelewem na wskazany rachunek bankowy.

4. Faktura powinna być wystawiona na:

**Nabywca:**

Powiat Przasnyski

ul. Św. Stanisława Kostki 5,

06 –300 Przasnysz,

NIP: 7611527332.

**Odbiorca:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

ul. B. Joselewicz 6

06-300 Przasnysz

Miejscowość…………………………….. dnia …………………………………….

…….……………………………….

podpis osoby uprawnionej