**FORMULARZ OFERTOWY**

**1. Nazwa i adres Zamawiającego:**

Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Skale, ul. Szkolna 4, 32-043 Skała,   
NIP: 6772079312, REGON: 351 568 409, tel. 12 445 95 79.

**2. Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług schronienia w postaci miejsca w noclegowni dla osób z terenu Miasta i Gminy Skała

Termin wykonania zamówienia: od 01.01.2022 r. do 31.12.2022 r.

a) warunki płatności : przelew

**3. Dane Wykonawcy:**

Nazwa……………………………………………………………………………………………

Adres……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….Numer KRS………………………..

NIP………………………………………………....REGON……………………….………….

Adres e-mail:………………………………………….tel………………………………………

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:

- usługi schroniska w postaci miejsca w noclegowni za 1 dzień pobytu 1 osoby w czasie doby zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dn. 27 kwietnia 2018 r. w sprawie minimalnych standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni.

Cena netto………………zł ( słownie:………………………………………………….)

stawka VAT……..% kwota ………………………………………………zł

Cena brutto……………zł ( słownie:………………………………..………………….)

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę/wnosimy do niego zastrzeżeń
2. Oświadczam/y, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia

……………………..,dnia…………………… …………..……………..

miejscowość ( pieczątka i podpis osoby uprawnionej )