

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

.....  
/pieczęć adresowa Wykonawcy/

## Formularz ofertowy

### Dane Zamawiającego

Zakład Opiekuńczo – Lecznicy 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](mailto:zol@zol.krakow.pl); strona WWW: [www.zol.krakow.pl](http://www.zol.krakow.pl)

### Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na **realizację usługi cateringowej na potrzeby szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej dla pielęgniarek/ pielęgniarzy**

oferuję (-my) realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

brutto: **50 zł** za pełną usługę cateringową w ramach **1 zjazdu dla 1 osoby** (obejmującą przerwę kawową pełną serwowaną w piątek oraz przerwę kawową podstawową i lunch bufetowy serwowane zarówno w sobotę, jak i w niedzielę).  
słownie: **pięćdziesiąt złotych i 00/100.**

Szczegółowa kalkulacja przedstawia się w następujący sposób:

Lp.	Nazwa posiłku	Opis	Cena jednostkowa brutto/osobę
1.	Przerwa kawowa podstawowa	Zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	16 zł = 8 zł x 2
2.	Przerwa kawowa pełna (z kanapkami)	Zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	14 zł = 14 zł x 1
3.	Lunch bufetowy	Zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	20 zł = 10 zł x 2

Wartość całego zamówienia stanowić będzie iloczyn cen jednostkowych powyższych posiłków, dni szkoleniowych oraz ilości zgłoszonych osób.

Ponadto oświadczam iż:

**BENEFICJENT:**

Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa  
Biuro ds. Ochrony Zdrowia  
31-319 Kraków, Bolesława Czerwieńskiego 16  
tel. +48 12 616 94 96; fax +48 12 616 94 86  
e-mail: [bz.umk@um.krakow.pl](mailto:bz.umk@um.krakow.pl)

**REALIZATOR:**

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
tel. +48 12 658 43 24; fax +48 12 658 43 76  
e-mail: [zol@zol.krakow.pl](mailto:zol@zol.krakow.pl)

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/

.....  
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/

**BENEFICJENT:**

Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa  
Biuro ds. Ochrony Zdrowia  
31-319 Kraków, Bolesława Czerwieńskiego 16  
tel. +48 12 616 94 96; fax +48 12 616 94 86  
e-mail: bz.umk@um.krakow.pl

**REALIZATOR:**

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
tel. +48 12 658 43 24; fax +48 12 658 43 76  
e-mail: zol@zol.krakow.pl