

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

.....
/pieczęć adresowa Wykonawcy/

Formularz ofertowy

Dane Zamawiającego

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe 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: mco@mco.krakow.pl, strona WWW: www.mco.krakow.pl

Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na **utrzymanie ogrodu terapeutyczno – sensorycznego przeznaczonego do realizacji hortiterapii czynnej oraz biernej dla pacjentów Miejskiego Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie**

oferuję (-my) realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

brutto:zł

słownie:

(Cena brutto za 1 miesiąc realizacji czynności wskazanych w załączniku nr 2 do Ogłoszenia)

Jako termin płatności przyjmujemy termin 30 / 60 / dni.

(należy przekreślić wskazany termin płatności tak, aby nie skreślony pozostał termin jaki

Wykonawca przyjmuje)

Ponadto oświadczam iż:

1. Przedmiot zamówienia wykonam (-y) **w terminie od dnia zawarcia umowy do 14 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

BENEFICJENT:

Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa
Biuro Nadzoru Właścicielskiego
31-319 Kraków, Bolesława Czerwieńskiego 16
tel. +48 12 616 58 94; fax +48 12 616 58 89
e-mail: nw.umk@um.krakow.pl

REALIZATOR:

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
tel. +48 44-67-500; fax +48 44-67-501
e-mail: mco@mco.krakow.pl

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 Nadzoru Właścicielskiego
31-319 Kraków, Bolesława Czerwieńskiego 16
tel. +48 12 616 58 94; fax +48 12 616 58 89
e-mail: nw.umk@um.krakow.pl

REALIZATOR:

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezamodzielnych w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
tel. +48 44-67-500; fax +48 44-67-501
e-mail: mco@mco.krakow.pl