

## FORMULARZ OFERTOWY

### **Dostawa środków ochrony indywidualnej dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Kościanie przy ulicy Szczepanowskiego 1**

1. Nazwa i adres Zamawiającego:

**Ośrodek Pomocy Społecznej**  
**ul. Szczepanowskiego 1**  
**64-000 Kościan**  
**tel. 065 512 06 22**  
**e-mail: [poczta@ops.koscian.pl](mailto:poczta@ops.koscian.pl)**

2. Przedmiot zamówienia:

Dostawa środków ochrony indywidualnej dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Kościanie przy ulicy Szczepanowskiego 1

3. Szczegółowy opis zamówienia:

- rękawiczki jednorazowe rozmiar S, M, L - opakowania po 100 sztuk, maseczki jednorazowe trójwarstwowe, przyłbice, fartuch foliowy, środek do dezynfekcji rąk w pojemnikach 100ml, kombinezony, ochraniacze na obuwiu, gogle,

Zamawiający nie wskazuje ilości jednostkowych zakupywanych środków ochrony indywidualnej. zamówienia będą dokonywane w zależności od rzeczywistych potrzeb Zamawiającego.

4. Termin realizacji:

do 24.11.2020r.

5. Okres gwarancji:

Zgodnie ze specyfikacją towaru

6. Warunki płatności:

zapłata nastąpi po wykonaniu usługi, przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie 14 dni licząc od dnia dostarczenia przez Wykonawcę faktury VAT Zamawiającemu.

7. Inne wymagania:

Warunki dotyczące wykonawcy (wymagane uprawnienia lub koncesje i zezwolenia, doświadczenie kwalifikacje pracowników, wymagane ubezpieczenie, urządzenia itp.):

**Posiadanie zezwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej.**

8. Kryteria oceny ofert: najniższa cena

## 9. Forma złożenia oferty

Ofertę należy złożyć do dnia 10.11.2020r. do godz. 13:00 w Ośrodku Pomocy Społecznej w Kościanie, ul. Szczepanowskiego 1, 64-000 Kościan w zamkniętej kopercie z dopiskiem: „Środki ochrony indywidualnej – Nie otwierać przed 10.11.2020r. do godz. 13:00” lub przesłać za pomocą poczty elektronicznej na adres e-mailowy: [zamowienia@ops.koscian.pl](mailto:zamowienia@ops.koscian.pl) wpisując w tytule e-maila: „Środki ochrony indywidualnej” – Nie otwierać przed 10.11.2020r. do godz. 13:00”

Załącznik:

1. Wzór umowy

Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Kościanie

Mirosława Lubińska

Nazwa i adres Wykonawcy

NAZWA:

.....  
.....

ADRES:

.....  
.....

NIP: .....

Nr KRS / EDZG .....

Faks / e-mail .....

1. Oferuje realizację zamówienia za:

L.P	Nazwa	Ilość	Cena netto	Cena brutto
1.	rękawiczki jednorazowe rozmiar S, M, L	opakowanie 100 sztuk		
2.	maseczki jednorazowe trójwarstwowe	1 sztuka		
3.	przyłbice	1 sztuka		
4.	środek do dezynfekcji rąk	1 sztuka 100 ml		
5.	kombinezon	1 sztuka		
6.	ochraniacze na obuwiu	1 para		
7.	gogle	1 sztuka		
8.	fartuch foliowy	1 sztuka		
Łącznie:				

2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

3. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

.....dnia .....

.....

(podpis osoby uprawnionej)

(pieczęć Wykonawcy)