**Załącznik Nr 1 do zapytania ofertowego**

FORMULARZ OFERTOWY

do zamówienia pn**. : Usypianie ślepych miotów zwierząt w szczególności psów i wolnożyjących kotów z terenu Gminy Miasta Augustów w roku 2024.**

**Wykonawca:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pełna nazwa wykonawcy** | **Adres wykonawcy** | **Numer telefonu i faksu,** **adres e-mail:** |
| 1. |  |  |  |

**\*** W przypadku wykonawców występujących wspólnie (konsorcjum) należy podać dane wszystkich partnerów.

Osoba(y) uprawniona(e) do reprezentowania wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Podstawa umocowania do reprezentowania wykonawcy** |
| **1.** |  |  |

1. **Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia**

**Usypianie ślepych miotów zwierząt w szczególności psów i wolnożyjących kotów z terenu Gminy Miasta Augustów w roku 2024\*:**

a) netto: ………………………………………………….…………………………….PLN

 podatek VAT: ……………….% …………………….…………………………….PLN

 b) brutto: ……………………………………………………...……………………….PLN
 słownie: ……………………………………………………………......…..………………

2. **Miejsce wykonywania zabiegów (adres):**

………………………………………………………..

3. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

4. Zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i akceptujemy jej postanowienia bez zastrzeżeń.

5. Oświadczamy, że otrzymaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.

6. Oświadczamy, iż cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją niniejszego zamówienia. Podana cena gwarantuje pełną realizację zamówienia. Ponosimy wszelką odpowiedzialność z tytułu nieuwzględnienia okoliczności mogących wpłynąć na cenę zamówienia.

…………………………………………………………………
(imię i nazwisko oraz podpis osoby reprezentującej wykonawcę)

\*Należy wpisać kwotę zgodnie z formularzem cenowym.

**Formularz cenowy**

**Usypianie ślepych miotów zwierząt w szczególności psów i wolnożyjących kotów z terenu Gminy Miasta Augustów:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa usługi** | **Cena netto za 1 zabieg w zł** | **Wysokość podatku VAT w zł** | **Cena jednostkowa bruttow złotych** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5 = [ 3+4]** |
|  | Usypianie ślepych miotów psów  |  |  |  |
|  | Usypianie ślepych miotów kotów |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

………………………………………………………………

(imię i nazwisko oraz podpis osoby reprezentującej wykonawcę)