**Załącznik nr 1**

**do Ogłoszenia w sprawie składania ofert**

**na realizację sukcesywnych usług pogrzebowych dla Gminy Tuszyn.**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej   
 w Tuszynie**

**Plac Reymonta 1, 95-080 Tuszyn**

**NIP: 771-11-04-507 REGON:004710017**

**Tel. 42 614 34 92**

**FORMULARZ OFERTY**

**Dotyczy: zapytania ofertowego na realizację sukcesywnych usług pogrzebowych dla Gminy Tuszyn w okresie od 2.01.2021r. do 21.12.2021r.**

W związku z zapytaniem cenowym na realizację sukcesywnych usług pogrzebowych dla Gminy Tuszyn, składam następującą ofertę.

* **Nazwa i adres Wykonawcy**

….........................................................................................................................................................................................

….........................................................................................................................................................................................

NIP:.…......................................................., REGON:.…................................................, FAX: .….........................................., TEL: .…................................................................., adres e-mail: …………………………………………………....................................

* **Oferuję realizację sukcesywnych usług pogrzebowych dla Gminy Tuszyn, zgodnie z zapytaniem ofertowym:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena jednostkowa brutto w zł** | **Ilość pochówków** | **Wartość brutto w zł**  **(kol. 2 x kol. 3)** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| **Pochówek osoby objętej systemem pomocy społecznej** |  | 20 |  |
| **Pochówek osoby objętej systemem pomocy społecznej zarażonej wirusem COVID-19** |  | 20 |  |
| **RAZEM (suma wartości brutto z kolumny nr 4)** | | |  |
| Słownie RAZEM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

*Uwaga!*

*Wykonawca wypełnia powyższą Tabele jedynie w zakresie pól niezacieniowanych.*

*Zamawiający zakłada, że w okresie trwania umowy przewidywana szacunkowa ilość pochówków wynosi 20 + 20 pochówków osób zakażonych wirusem COVID-19.*

*Wykonawcy nie będzie przysługiwało roszczenie odszkodowawcze w przypadku gdy liczba pochówków będzie mniejsza niż zakładana przez Zamawiającego.*

* **Wykaz wykonanych lub wykonywanych usług:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zadania**  **i miejsce wykonania** | **Rodzaj wykonanej usługi** | **Wartość usługi**  (w zł netto) | **Okres realizacji usługi** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

* **Wykaz**  **niezbędnych narzędzi do realizacji usługi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj narzędzia** | **Ilość sztuk** | **Forma dysponowania (np. własność, leasing, dzierżawa, najem)** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

**IV.**

**Oświadczam, że:**

1. Akceptuje opis przedmiotu zamówienia oraz treść zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego uwag.

2. Posiadam doświadczenie niezbędne do realizacji zadania będącego przedmiotem niniejszego zapytania.

3. W celu potwierdzenia spełniania warunków określonych przez Zamawiającego przedkładam następujące dowody należytego wykonania usługi/usług określonych w powyższym wykazie, w postaci:

a) ………………………………….

b) ………………………………….

……………………………………….. …………………………………………….

Miejscowość, data podpis i pieczęć Wykonawcy