**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**W RAMACH ZAPYTANIA OFERTOWEGO NA WYBÓR WYKONAWCY W ZAKRESIE**

**DOSTAWY ŚRODKÓW HIGIENICZNO-PIELĘGNACYJNYCH**

**DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU**

**„USŁUGI OPIEKUŃCZE DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA INOWROCŁAWIA”**

|  |
| --- |
| **DANE WYKONAWCY**  |
| Nazwa firmy:  | Adres siedziby:  |
| Telefon:  | E-mail:  |
| REGON:  | WWW:  |
| NIP:  | Reprezentant (osoba uprawniona do podpisania oferty):  |
| **OSOBA DO KONTAKTU** |
| Imię i nazwisko:  | E-mail:  |
| Telefon:  |

1. W odpowiedzi na ww. zapytanie ofertowe **oferuję wykonanie ww. dostawy za cenę:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa artykułu**  | **Szacunkowa ilość** | **Cena brutto jednostkowa** | **Cena brutto za szacunkową ilość** |
| 1 | WKŁADKI UROLOGICZNENORMAL | 63 opakowań |  |  |
| 2 | WKŁADKI UROLOGICZNEMAXI/PLUS | 20 opakowań  |  |  |
| 3 | PODKŁADY HIGIENICZNEWIELORAZOWE | 70 sztuk |  |  |
| 4 | EMULSJA DO CIAŁA400 ml  | 130 sztuk |  |  |
| 5 | KREMOWY ŻEL DO MYCIA 400 ml  | 130 sztuk |  |  |
| 6 | KREM 400 ml | 80 sztuk |  |  |
| 7 | MYDŁO ANTYBAKTERYJNEW PŁYNIE Z DOZOWNIKIEM 250ml  | 130 sztuk |  |  |
| 8 | PŁYN DO DEZYNFEKCJI 250 ml | 130 sztuk |  |  |
| 9 | CHUSTECZKI PIELEGNACYJNE NASĄCZANE 3 W 1  | 130 opakowań |  |  |
| 10 | SZAMPON NAWILŻAJĄCY 500 ml  | 130 sztuk |  |  |
| 11 | JEDNORAZOWE MYJKI HIGIENICZNE PODFOLIOWANE DO MYCIA I PIELEGNACJI  | 70 opakowań |  |  |
| 12 | MAJTKI CHŁONNE rozmiar M | 13 opakowań |  |  |
| 13 | MAJTKI CHŁONNE rozmiar L | 39 opakowania |  |  |
| 14 | PODKŁADY HIGIENICZNE 60x90 | 32 opakowania |  |  |
| 15 | PIELUCHOMAJTKIrozmiar L | 13 opakowań |  |  |
| 16 | CHUSTECZKI SPECJALISTYCZNE DO OCZU | 130 opakowań |  |  |
| 17 | BANDAŻ ELASTYCZNY rozmiar 12cmx5m | 130 sztuk |  |  |
| 18 | PLASTRY Z OPATRUNKIEM | 80 sztuk |  |  |
| 19 | RĘCZNIK 50 X 100  | 130 sztuk |  |  |
| 20 | RĘCZNIK 50 X 150  |  40 sztuk |  |  |
| 21 | PRZEŚCIERADŁO BAWEŁNIANE  | 130 sztuk |  |  |
| 22 | PODUSZKA ANTYALERGICZNA ANTYSTRES A CTIVE | 20 sztuk |  |  |
| 23 | KOŁDRA ANTYALERGICZNA ANTYSTRES  | 20 sztuk |  |  |
| 24 | POŚCIEL Z KORY  | 70 sztuk |  |  |
| 25 | KOC | 20 sztuk  |  |  |
| 26 | KRAŻEK PRZECIWODLEŻYNOWY 35 cm | 8 sztuk  |  |  |
| 27 | KRĄŻEK PRZECIWODLEŻYNOWY 15 cm  | 4 sztuki |  |  |
| 28 | PODUSZKA ORTOPEDYCZNA  | 10 sztuk |  |  |
| 29 | CHUSTECZKI DO OKULARÓW  | 130 opakowań |  |  |
| 30 | CZEPEK DO WŁOSÓW | 400 sztuk |  |  |
| RAZEM: |  |
| RAZEM słownie: |  |

2. Akceptuję zapisy przedmiotowego zapytania ofertowego i zobowiązuję się do realizacji zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym.

3. Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące:

1) posiadania uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,

2) posiadania wiedzy i doświadczenia,

3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobą zdolną do wykonania zamówienia,

4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

4. Składam niniejszą ofertę we własnym imieniu **\***/jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia.**\***

5. Oświadczam, że:

1) nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

2) zamówienie wykonam samodzielnie\*

3) część zamówienia zamierzam powierzyć podwykonawcom \*:

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Części zamówienia, które zamierzamy powierzyć podwykonawcom wraz z danymi (nazwami) proponowanych podwykonawców |
| 1. |  |

6. Akceptuję istotne postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści umowy i zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie wskazanym przez Zamawiającego.

7. Oświadczam, iż wszystkie informacje zamieszczone w Ofercie są prawdziwe (za składanie nieprawdziwych informacji Wykonawca odpowiada zgodnie z art. 233 KK).

8. Do oferty załączam :

• ..............................................................................................................................

• ..............................................................................................................................

…………………………………………………

 (data, podpis, pieczęć Wykonawcy)

**---------------------------**

**\*** *niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 2**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:**

* Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Miasto Inowrocław Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Inowrocławiu, ul. Św. Ducha 90, 88-100 Inowrocław,
tel. 52 356 22 34, e-mail: efs@mopsinowroclaw.samorzady.pl
* W razie pytań związanych z przetwarzaniem danych osobowych zapraszamy do kontaktu pod adresem e-mail:efs@mopsinowroclaw.samorzady.pl
* Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia oferty i ewentualnej realizacji zamówienia wynikającego z Zapytania ofertowego na dostawę środków
higieniczno-pielęgnacyjnych dla uczestników projektu „Usługi opiekuńcze dla mieszkańców miasta Inowrocławia”.
* Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
* Ma Pan/Pani prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
* Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie Pana/Pani danych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
* Pana/Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz nie będą profilowane.
* Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

**Mając powyższe na uwadze wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.**

………………………………………….

(data, pieczęć, podpis)