**FORMULARZ OFERTOWY**

Nr sprawy: **12/2023**

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na **dostawę i montaż elementów ścieżki sensorycznej** w ramach projektu *Rozwój terenów zielonych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi pod kątem wykorzystania jako miejsce do aktywności fizycznej pacjentów Instytutu oraz okolicznej społeczności* dofinansowanego ze środków Funduszu Spójności w ramach działania
2.5 Poprawa jakości środowiska miejskiego oś priorytetowa II Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014 – 2020,

przedkładamy niniejszą ofertę.

1. *Dane dotyczące Zamawiającego:*

**Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi**

**ul. Rzgowska 281/289**

**93-338 Łódź**

1. *Dane dotyczące Wykonawcy:*

Niniejsza oferta zostaje złożona przez\*:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

*\* Dla każdego z Wykonawców wskazać (nazwę, adres / NIP / Regon ).*

1. *Dane kontaktowe Wykonawcy*

 *[wszelka korespondencja prowadzona będzie wyłącznie na n/w adres / adres e-mail]*

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba do kontaktów |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

1. CENA OFERTY

*[Cena brutto winna zawierać wszelkie koszty, jakie Wykonawca poniesie w związku z realizacją zamówienia.]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa pakietu** | **Cena brutto** |
| 1. | **Dostawa i montaż elementów ścieżki sensorycznej składającej się z:**1. **Kołowrotka integracyjnego – 1 szt.**
2. **Ścieżki sensorycznej – 1 szt.**
3. **Ławek sensorycznych – 6 szt.**
 |   |

……………….……, dnia ………………… ..................................................

 pieczęć i podpis Wykonawcy

Uwaga:

Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby upełnomocnione do reprezentowania firmy.

**„Złożenie niniejszego zapytania ofertowego nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i otrzymanie w jego konsekwencji oferty nie jest równoznaczne ze złożeniem zamówienia przez Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi i nie stanowi podstawy do roszczenia praw wykonawcy do zawarcia umowy”.**

1. Zapłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Załączniki:

- …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..