Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

na część ……………………………………….

Nazwa wykonawcy ……………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………

NIP ……………………… REGON ………………………….Nr KRS ………………………..

Nr telefonu …………………………………….. FAX …………………………………………

Adres e-mail …………………………………………………………………………………….

Oferta na udzielenia zamówienia na **„Świadczenie usług schronienia dla osób bezdomnych z terenu Gminy Miejskiej Iława”**

1. Cena

|  |  |
| --- | --- |
| Pełen dzienny koszt pobytu brutto w złotych |  |

……………………………………………

(data i podpis)

Załącznik Nr 2

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |   |
| Siedziba, adres Wykonawcy |   |
| Tel./fax |   |
| E-mail |   |

Przystępując do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na zamówienie pn.: **„Świadczenie usług schronienia dla osób bezdomnych z terenu Gminy Miejskiej Iława”**

Oświadczam/y, że Wykonawca spełnia warunki dotyczące:

 posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności związanej z przedmiotem zapytania ofertowego, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;

* bycia podmiotem posiadającym cele statutowe obejmujące prowadzenie działalności w zakresie pomocy osobom bezdomnym,
* bycia podmiotem wpisanym do rejestru placówek udzielających tymczasowego schronienia prowadzonego przez wojewodę,
* posiadania odpowiedniej wiedzy i doświadczenia, niezbędnych do prawidłowego wykonania usługi;
* dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym, niezbędnym do prawidłowej realizacji zamówienia;
* dysponowania odpowiednimi osobami, zdolnymi do prawidłowej realizacji zamówienia;
* pozostawania w sytuacji ekonomicznej i finansowej, pozwalającej na prawidłowe wykonanie zamówienia,
* spełnienia warunków określonych w opisie przedmiotu zamówienia.

……………………………………………

(data i podpis)