Gmina Miasto Świnoujście Świnoujście, dnia 5 maja 2017 r.

Ul. Wojska Polskiego 1/5

72-600 Świnoujście

Znak sprawy: WZP.8030.1.2017.KJ

**Strona internetowa**

**Biuletyn Informacji Publicznej**

**Urzędu Miasta Świnoujście**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

1. Zamawiający: Gmina Miasto Świnoujście, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej,

2. Dane do kontaktu:

Katarzyna Jończyk tel. 91 327 85 86, mail: kjonczyk@um.swinoujscie.pl ,

zaprasza do złożenia ofert na: zakup i dostawę maskotek smoków – 300 szt.

3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Zakup i dostawa maskotek pluszowych - smoków o wysokości ok. 20 cm. Oferta cenowa winna obejmować koszty transportu.

4. Data realizacji zamówienia: 16 maja 2017 r.

5. Okres gwarancji (jeżeli dotyczy): nie dot.

6. Miejsce i termin złożenia oferty: Stanowisko Obsługi Interesanta, Urząd Miasta Świnoujście 11 maja 2017 r.

7. Data otwarcia/rozpatrzenia ofert: 12 maja 2017 r.

8. Warunki płatności: w terminie do 14 dni od dnia wpływu faktury vat do Urzędu Miasta Świnoujście.

9. Sposób przygotowania oferty: ofertę należy sporządzić pisemnie w języku polskim na formularzu oferty (Załącznik Nr 1).

 Gabriela Flis-Niśkiewicz

 Naczelnik Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej

Sporządziła:

Katarzyna Jończyk

Załącznik nr 1

do Zapytania ofertowego WZP.8030.1.2017.KJ

**OFERTA**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr ……………… z dnia ………………………………

dotyczące (opisać przedmiot zamówienia, ew. dołączyć do oferty):

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

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

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę netto …………………… zł (słownie złotych: ………………......………………………

…………………………………………………….....................................……………………)

podatek VAT ………………… zł (słownie złotych: …………………...…………………….

…………………………………………………………………………….................................)

cenę brutto …………………… zł (słownie złotych: ……………………...…………….........

…...…….....................................………………………………………………………………).

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego

zastrzeżeń oraz wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.

Nazwa wykonawcy: …….....……………………………………………………………………

Adres, tel., e-mail wykonawcy: ....………………………………………………………….......

NIP: ………………………………….....……… Regon: ……………………………………...

Nr rachunku bankowego: ………………………………….....………………………………....

Termin realizacji zamówienia: ………………………………......……………………………...

Okres gwarancji (jeżeli dotyczy): ........…………………………………………………………

Potwierdzam termin realizacji zamówienia do dnia: ………………….........…………………

Miejscowość ………………………………, dnia ……………………………………

Podpis wykonawcy/osoby upoważnionej ...........………………………

Pieczątka wykonawcy ………………………………