|  |
| --- |
| pieczęć wykonawcy |

FORMULARZ OFERTOWY- zadanie 2

Załącznik nr 2B do Zapytania Ofertowego 1/2019/AR

**Zadanie 2. Dostawa zestawu do terapii słuchowej wraz ze szkoleniem podstawowym**

Zamawiający:

Fundacja Inicjowania Rozwoju Społecznego

Biuro projektu we Wrocławiu

......................................., .......................................

miejsce dnia

Dane dotyczące wykonawcy:

Nazwa

............................................................................................................................................................

Siedziba

............................................................................................................................................................

Nr tel.

............................................................................................................................................................

Nr faksu

............................................................................................................................................................

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

NIP.................................................. REGON....................................................................................

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

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe (prowadzone w trybie zasady konkurencyjności) w imieniu wykonawcy oferuję wykonanie przedmiotowego zamówienia:

I. W ramach kryterium 1 (waga 80%) **następującą cenę:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWA** | **SPECYFIKACJA**  **[-** proszę zaznaczyć, jeśli oferowany sprzęt spełnia wymagania minimalne zawarte w treści zapytania ofertowego  - proszę wpisać nazwy producentów, typów, modeli, itp.] | **JEDNOSTKA** | **LICZBA** | **CENA BRUTTO JEDNOSTKOWA** | **CENA BRUTTO ŁĄCZNA** |
| **1** | **Zestaw : Sprzęt i akcesoria do indywidualnej terapii dzieci metodą Tomatisa**  **Szkolenie przygotowujące do obsługi proponowanego urządzenia oraz wprowadzające do teorii metody Tomatisa** | Parametry zgodne z minimalnymi wymaganiami zawartymi w treści zapytania .  x  Oferowane urządzenie:  Nazwa producenta: ………………………………………………………..  Nazwa modelu/typu: :………………………………………………………  Oferowane słuchawki :  Nazwa producenta: ………………………………………………………..  Nazwa modelu/typu: :…………………………………………………………..  zakres tematyczny zgodny z opisanym w specyfikacji zadania 2 (ramowy plan szkolenia wraz z określeniem terminu, miejsca, oraz nazwy uzyskanych kompetencji/kwalifikacji – stanowi załączniki do niniejszej oferty)  x | zestaw | 1 |  |  |
| **ŁĄCZNA KWOTA BRUTTO** | | |  |

1. W ramach kryterium 2 (waga 0-20%) Wykonawca zapewni:

Wyjaśnienie: *Proszę znakiem „X” w kratce zaznaczyć wybraną opcję.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Termin realizacji całości zamówienia w czasie:**  **Zrealizowane do 30.04.2019 włącznie (20 pkt.)** |
|  |  |
|  | **Termin realizacji całości zamówienia w czasie**: **Zrealizowane do 31.05.2019 włącznie (10 pkt.)** |
|  |  |
|  | **Termin realizacji całości zamówienia w czasie:**  **Zrealizowane od 01.06.2019 i później (0 pkt.)** |

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

* zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego dla niniejszego postępowania,
* gwarantuję wykonanie niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania ofertowego.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | Karta katalogowa produktu lub Specyfikacja techniczna urządzenia/produktu, pozwalającą na weryfikację parametrów technicznych wymienionych w specyfikacji minimum (podpisany wydruk) |
| |  | | --- | |  | | Oświadczenie o spełnianiu warunków gwarancji i serwisu |
| |  | | --- | |  | | Ramowy plan szkolenia wraz z określeniem terminu, miejsca oraz nazwy uzyskanych kompetencji/kwalifikacji po jego zakończeniu |
| |  | | --- | |  | | Inne ………………………………… |

|  |
| --- |
|  |
| **Podpis i Pieczęć Osoby Uprawnionej do Składania Oświadczeń Woli w imieniu Wykonawcy** |