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

 pieczęć firmowa Wykonawcy miejscowość, data

**Gmina Platerów**

**ul. 3 Maja 5**

**08-210 Platerów**

# **FORMULARZ OFERTOWY**

#  **Wyłapywanie bezdomnych zwierząt z terenu Gminy Platerów w okresie 1.01.2024 r. do 31.12.2024 r.. ich transport i umieszczenie w schronisku dla bezdomnych zwierząt oraz przejęcie obowiązku dalszej opieki nad nimi.**

1. **Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: ......................................................................................

Siedziba: ......................................................................................

Adres poczty elektronicznej: ......................................................................................

Strona internetowa: ......................................................................................

numer telefonu: ......................................................................................

Numer faksu: ......................................................................................

Numer REGON: ......................................................................................

Numer NIP: .......................................................................................

1. **Zobowiązania wykonawcy**

Nawiązując do zapytania ofertowego G.6140.12.2023 na wykonanie zadania: Wyłapywanie bezdomnych zwierząt z ternu Gminy Platerów w okresie 1.01.2024 r. do 31.12.2024 r. ich transport i umieszczenie w schronisku dla bezdomnych zwierząt oraz przejęcie obowiązku dalszej opieki nad nimi, oferuję wykonanie zamówienia za cenę:

**-utrzymanie gotowości do przyjęcia zwierząt (jednorazowa kwota miesięczna)-kwota brutto………………**

**-wyłapanie bezdomnego psa, transport i umieszczenie w schronisku dla bezdomnych zwierząt oraz przejęcie obowiązku dalszej opieki nad nim- ………………..kwota brutto**

**-wyłapanie bezdomnego kota, transport i umieszczenie w schronisku dla bezdomnych zwierząt oraz przejęcie obowiązku dalszej opieki nad nim- ………………..kwota brutto**

Termin płatności: każdorazowo po wykonaniu usługi, na podstawie wystawionej przez Wnioskodawcę faktury w terminie
7 dni od jej otrzymania.

1. **Inne**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy (imię, nazwisko, tel): ..........................................................................................................

………………………………………

(pieczęć i podpis/y upoważnionego/ych

przedstawiciela/i Wykonawcy)