

FORMULARZ OFERTY

....., dnia

(miejsowość)

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Somoninie**

W odpowiedzi na zapytanie cenowe z dnia roku dotyczące
zamówienia:.....

.....

(nazwa zamówienia)

.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

numer telefonu.....

e-mail.....

REGON:.....

NIP.....

Oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Rodzaj usługi	Uśrednione ceny 1 zabiegu/usługi	
	Cena netto	Cena brutto
Usługi fryzjerskie		
Strzyżenie damskie		
Strzyżenie męskie		
Układanie włosów		
Koloryzacja		
Golenie		
Usługi kosmetyczne		
Manicure		
Pedicure		
Zabieg oczyszczający twarzy		
Zabieg odżywczy na twarz		
Regulacja brwi z henną		

- Oświadczam, że uzyskałam/em konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczam, że posiadam doświadczenie i potencjał niezbędny do realizacji zamówienia.
- Dane osoby upoważnionej do kontaktu ze strony Wykonawcy:
 - imię i nazwisko :
 - numer telefonu :

.....

imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

.....

podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

.....
miejsowość, data

Nazwa/imię i nazwisko:
Adres:
NIP:
REGON:

**OŚWIADCZENIE
o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

Ja, niżej podpisana/y przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia dotyczącego usług fryzjerskich i/lub kosmetycznych*, oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj:

1. posiadam wykształcenie uprawniające mnie do wykonywania działalności polegającej na usługach fryzjerskich i/lub kosmetycznych*.
2. Posiadam zdolność techniczną i zawodową do wykonania usługi opisanej w zamówieniu ofertowym.
3. Posiadam doświadczenie zawodowe w przedmiocie zamówienia min. 1 rok.
4. Posiadam niezbędne wyposażenie do świadczenia przedmiotu zamówienia

.....
Podpis oferenta

*Zaznaczyć właściwe

Zestawienie osób świadczących usługę fryzjerstwa i/lub kosmetyczki

Oświadczam, że w moim imieniu usługę będą świadczyć następujące osoby, które spełniają warunki określone w Zapytaniu Ofertowym

Lp.	Imię i Nazwisko	Wykształcenie	Staż pracy w zawodzie	Aktualne badania lekarskie TAK/NIE

.....

Podpis oferenta