

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na tłumaczenie na język angielski witryny internetowej promującej Krainę Wygasłych Wulkanów**

**Nazwa firmy Wykonawcy ……………………..……………………………………………………**

**Adres Wykonawcy ………………………..……………………………………………………**

**Telefon / E-mail ………………………..……………………………………………………**

**NIP / REGON**  **………………………..……………………………………………………**

W odpowiedzi na ogłoszone zapytanie ofertowe na zadanie pn. „**Tłumaczenie na język angielski witryny internetowej promującej Krainę Wygasłych Wulkanów**”, ja niżej podpisany oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

1. **Cena ofertowa ogółem…………………………………………..….zł brutto**

**w tym podatek VAT …………………………………..……….……. %**

**Słownie brutto: …………………………………………………………………………………..**

1. Zadanie stanowiące przedmiot zamówienia zobowiązuję się zrealizować w terminie **do 31 października 2023 roku.**
2. Warunki płatności - 14 dni od prawidłowo wystawionej faktury.
3. Informuję, że zapoznałem się z zapytaniem ofertowym wraz z załącznikami, nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń i akceptuję wszystkie zawarte w nich warunki.
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że spełniam wymogi zapytania oraz załączam dokumenty potwierdzające moje wykształcenie..
6. Przedstawiam wykaz **wykonanych usług, potwierdzających dotychczasowe doświadczenie** oraz załączam dowody, że usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie (protokoły odbioru, referencje bądź inne dokumenty wystawione przez odbiorcę usługi):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Termin realizacji | Odbiorca |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

1. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na opublikowanie wyników postępowania na stronie internetowej www.lgd.partnerstwokaczawskie.pl.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Stowarzyszenie „Lokalna Grupa Działania Partnerstwo Kaczawskie” umieszczonych w ofercie danych osobowych celem realizacji procedury ofertowej oraz na przekazanie tych danych do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego w celach informacyjnych w związku z realizacją Operacji Własnej.
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, potwierdzam prawdziwość powyższych danych.

……………………… / ……………… …………………………………………………..

Miejscowość / Data Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych)