

**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA NA USŁUGI OPIEKUŃCZE
ŚWIADCZONE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

DANE WYKONAWCY:

Nazwa Wykonawcy:	
Adres:	
Województwo:	
NIP/KRS (o ile dotyczy):	
Imię i nazwisko osoby do kontaktu:	
E-mail do kontaktu:	
Telefon do kontaktu:	

OFERTA CENOWA

Rodzaj usługi	Cena jednostkowa za 1 godzinę netto	Cena łączna netto	Cena łączna brutto (z VAT lub całkowity koszt usługi)*
a	b	c=a*b	d
specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczonych w miejscu zamieszkania usługobiorcy 378	zł/godz (Słownie:.....)	zł/godz (Słownie:.....)	zł/godz (Słownie:.....)

*w przypadku VAT zwolnionego/0% -cena netto jest równa cenie brutto

OŚWIADCZENIA:

- 1) Oświadczam/y, iż posiadam/y uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
- 2) Oświadczam/y, iż posiadam/y doświadczenie, odpowiednią kadrę i kwalifikacje oraz znajduję/znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej umożliwiającej wykonania zadania.
- 3) Oświadczam/y, iż zapoznałam/em się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

Miejscowość....., dnia.....

.....
(pieczęć i czytelny podpis Wykonawcy lub osoby działającej w imieniu Wykonawcy)