**FORMULARZ OFERTY**

**Szkolenia indywidualne i grupowe dla opiekunów faktycznych w ramach projektu  
„Dzienny Dom Opieki Medycznej SirMED i pielęgniarska opieki długoterminowa w trosce   
o losy mieszkańców subregionu inowrocławskiego”**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OFERETNA** | |
| Nazwa/Imię i nazwisko: | Adres siedziby/Zamieszkania: |
| Telefon: | E-mail: |
| REGON: | WWW: |
| NIP: | Reprezentant (osoba uprawniona do podpisania oferty): |
| **OSOBA DO KONTAKTU** | |
| Imię i nazwisko: | E-mail: |
| Telefon: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty zgodnie z treścią rozeznania rynku** | **Cena brutto za jedną godzinę usługi opisanej w zaproszeniu  (do dwóch miejsc po przecinku)** |
| **1** | Szkolenia indywidualne i grupowe dla opiekunów faktycznych |  |

Oświadczenia:

1. Realizacja usługi będzie prowadzona zgodnie z zakresem określonym w rozeznaniu rynku.
2. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
3. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
4. Zobowiązuje się do zawarcia umowy w terminie i miejscu wskazanym przez zamawiającego   
   w przypadku uzacniania mojej oferty za najkorzystniejszą.
5. Okres związania ofertą wynosi 30 dni.

…………………………………………………

(data, podpis, pieczęć)