

Załącznik nr 1 do rozzeznania cenowego

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa: .....

Adres: .....

Tel.: ..... Fax: .....

NIP/PESEL: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert *na usługę udzielania specjalistycznego poradnictwa dla wychowanków pieczy zastępczej, którzy otrzymują wsparcie w formie pobytu w mieszkaniu treningowym w ramach projektu partnerskiego pn. „Rodzina w Centrum 2”* współfinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 9 Solidarne Społeczeństwo, Działanie 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych .

1. Oferujemy wykonanie zamówienia:

1) **Część 1: usługa udzielania specjalistycznego poradnictwa psychologicznego dla wychowanków pieczy zastępczej.\***

Przedmiot zamówienia	Oferowana cena brutto za całość wykonanej usługi (39h)	Oferowana cena brutto za wykonanie (1h)
<i>Usługa udzielania specjalistycznego poradnictwa psychologicznego dla wychowanków pieczy zastępczej.</i>		

Słownie brutto – za całość wykonanej usługi:

.....

Słownie brutto- za wykonanie jednej godziny usługi:

.....

2) **Część 2: usługa udzielania specjalistycznego poradnictwa pedagogicznego dla wychowanków pieczy zastępczej.\***

Przedmiot zamówienia	Oferowana cena brutto za całość wykonanej usługi (39h)	Oferowana cena brutto za wykonanie (1h)
<i>Usługa udzielania specjalistycznego poradnictwa pedagogicznego dla wychowanków pieczy</i>		

\*wypełnić w przypadku ubiegania się o daną część przedmiotu zamówienia





<i>zastępczej.</i>		
--------------------	--	--

Słownie brutto – za całość wykonanej usługi:

.....

Słownie brutto- za wykonanie jednej godziny zegarowej usługi:

.....

2. Warunki płatności- przelewem 30 dni po przedłożeniu faktury.
3. Warunkiem dokonania płatności w terminie 30 dni od dnia przedłożenia faktury będzie dostępność środków finansowych na rachunku bankowym projektu partnerskiego, pn. „Rodzina w Centrum 2” w ramach Osi Priorytetowej 9 Solidarne społeczeństwo, Działania 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałania 9.3.2 Rozwój usług społecznych w ramach części RPO WKP 2014-2020 współfinansowanej z Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Fakturę należy wystawić w następujący sposób i przesłać na adres Zamawiającego:  
Nabywca:  
Powiat Aleksandrowski  
ul. Słowackiego 8  
87-700 Aleksandrów Kujawski  
NIP: 891-16-23-744  
Odbiorca:  
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
ul. Sikorskiego 3  
87-700 Aleksandrów Kujawski
5. Oświadczam/my, że zapoznałem/am się z rozeznaniem cenowym i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
6. Oświadczam, że cena podana w ofercie jest obowiązująca w całym okresie ważności realizacji zamówienia i zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Wykonawca.
7. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w prowadzonym postępowaniu.
8. W przypadku wybrania naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

.....  
- Podpis i pieczęć Wykonawcy

\*wypełnić w przypadku ubiegania się o daną część przedmiotu zamówienia