Załącznik nr 1

.......................................................

Nazwa Oferenta

.......................................................

Adres Oferenta

........................................................

tel., mail

**Formularz Oferty**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Koszt całkowity zatrudnienia za godzinę zegarową (koszt brutto)** |
|  |  |  |
| *1.* | *Asystent osoby niepełnosprawnej* | **………………………………………** |

Oświadczam, iż w dniu ....................... zapoznałem/-łam się z treścią zapytania o cenę nr 1/KOA/TG/2014 oraz, że spełniam wszystkie zawarte w nim wymogi dotyczące oferenta.

Ponadto potwierdzam, że podana cena jednostkowa uwzględnia wszystkie prace i czynności oraz koszty związane z realizacją zamówienia świadczonego przez okres i na warunkach określonych w ofercie (w tym koszty obowiązkowego ubezpieczenia społecznego ponoszone przez Zamawiającego).

...................................................... ..................................................... Miejscowość, data Podpis Oferenta