

Załącznik nr 1

.....  
Nazwa Oferenta.....  
Adres Oferenta.....  
tel., mail**Formularz Oferty**

L.p.	Przedmiot zamówienia	Koszt całkowity zatrudnienia za godzinę zegarową (koszt brutto)
1.	2.	3.
1.	<i>Asystent osoby niepełnosprawnej</i>	.....

Oświadczam, iż w dniu ..... zapoznałem/-łam się z treścią zapytania o cenę nr 1/KOA/TG/2015 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