**ROPS.III.P.510.14.2021**

 (miejscowość i data)

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

……………………………………………

 (nazwa i adres Wykonawcy)

tel.: ......................................................

mail.: ……………………………………..

**FORMULARZ OSZACOWANIA – *Świadczenie usług psychoterapii dla osób i rodzin zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem społecznym***

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

 Al. Niepodległości 36

 65-042 Zielona Góra

Odpowiadając na oszacowanie kosztów na *Świadczenie usług psychoterapii dla osób i rodzin zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem społecznym* w ramach projektu pn. „Otwórz się na (po)moc. Punkty interdyscyplinarnego wsparcia rodziny”współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne oświadczamy, iż:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Oferuję wykonanie zamówienia w cenie:
 |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa zadania** | **Oferowana cena netto za 1 h \*** | **Oferowana cena brutto za 1 h**  |
| 1 | *Świadczenie usług psychoterapii dla osób i rodzin zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem społecznym* , projekt: „Otwórz się na (po)moc. Punkty interdyscyplinarnego wsparcia rodziny” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne, **punkt w Świebodzinie**  |  |  |
| *Łącznie za 100 h*  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa zadania** | **Oferowana cena netto za 1 h \*** | **Oferowana cena brutto za 1 h**  |
| 2 | *Świadczenie usług psychoterapii dla osób i rodzin zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem społecznym*, projekt: „Otwórz się na (po)moc. Punkty interdyscyplinarnego wsparcia rodziny” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne, **punkt w Słubicach**  |  |  |
| *Łącznie za 100 h*  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa zadania** | **Oferowana cena netto za 1 h \*** | **Oferowana cena brutto za 1 h**  |
| 3 | *Świadczenie usług psychoterapii dla osób i rodzin zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem społecznym*, projekt: „Otwórz się na (po)moc. Punkty interdyscyplinarnego wsparcia rodziny” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne, **punkt w Strzelcach Krajeńskich**  |  |  |
| *Łącznie za 300 h*  |  |  |

\* Dotyczy tylko podmiotów gospodarczych, które wypełniają część netto i brutto tabeli. Podmioty fizyczne uzupełniają wyłącznie część brutto.

1. Oświadczam, że w cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

2. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią zapytania ofertowego oraz stanowiącymi jego integralną część załącznikami i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte.

3. W przypadku osób fizycznych, nieosiągających minimalnego wynagrodzenia (na dzień 1.01.2021r. w wysokości 2800,00 zł brutto), należy doliczyć do ceny wszystkie składki społeczne i Fundusz Pracy.

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

 data i podpis