ROPS.III.P.510.4.2019 .........................................................

(miejscowość i data)

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

……………………………………………

……………………………………………

(nazwa i adres Wykonawcy)

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

fax.: .....................................................

mail.: ……………………………………..

**FORMULARZ OFERTOWY – ŚWIADCZENIE USŁUG TERAPII UZALEŻNIEŃ**

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

Al. Niepodległości 36

65-042 Zielona Góra

Odpowiadając na ogłoszone zapytanie ofertowe pn. „**Świadczenie usług terapii uzależnień osobom i rodzinom zagrożonym wykluczeniem społecznym w ramach poradni wsparcia w Słubicach, Świebodzinie i Strzelcach Krajeńskich”**, projekt: „Otwórz się na pomoc”współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 – Usługi społeczne oświadczam, iż:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Oferuję wykonanie zamówienia w cenie: | |  |  |  | |
| **L.p.** | **Nazwa zadania** | **Oferowana cena brutto za 1 h** | | | **Oferowana cena netto za 1 h** | |
| 1 | **„Świadczenie usług terapii uzależnień osobom i rodzinom zagrożonym wykluczeniem społecznym w ramach poradni wsparcia w Słubicach, Świebodzinie i Strzelcach Krajeńskich”**, projekt: „Otwórz się na pomoc*”* współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 – Usługi społeczne **w Słubicach** |  | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zadania** | **Oferowana cena brutto za 1 h** | **Oferowana cena netto za 1 h** |
| 2 | **„Świadczenie usług terapii uzależnień osobom i rodzinom zagrożonym wykluczeniem społecznym w ramach poradni wsparcia w Słubicach, Świebodzinie i Strzelcach Krajeńskich”**, projekt: „Otwórz się na pomoc*”* współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 – Usługi społeczne **w Świebodzinie** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zadania** | **Oferowana cena brutto za 1 h** | **Oferowana cena netto za 1 h** |
| 2 | **„Świadczenie usług terapii uzależnień osobom i rodzinom zagrożonym wykluczeniem społecznym w ramach poradni wsparcia w Słubicach, Świebodzinie i Strzelcach Krajeńskich”**, projekt: „Otwórz się na pomoc*”* współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 – Usługi społeczne **w Strzelcach Krajeńskich** |  |  |

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. Oświadczam, że uważam się za związanego/ związaną niniejszą ofertą na czas od złożenia oferty do zawarcia umowy.

4. W przypadku przyznania realizacji zamówienia, zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego oraz wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego.

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

data i podpis