**ROPSIII.5.1.37.2024**

(miejscowość i data)

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

……………………………………………

(nazwa i adres Wykonawcy)

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

mail.: ……………………………………..

**FORMULARZ OSZACOWANIA – *„Świadczenie usług psychoterapii w ramach terapii rodziny”***

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

Al. Niepodległości 36

65-042 Zielona Góra

Odpowiadając na oszacowanie kosztów na *„Świadczenie usług psychoterapii w ramach terapii rodziny”* w ramach projektu pn. „Lubuskie na rzecz rodzin”współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, Działanie 6.14 Aktywizacja społeczna, mieszkalnictwo i wsparcie rodziny oświadczamy, że oferujemy wykonanie zamówienia w cenie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | |
| **L.p.** | **Nazwa zadania** | **Oferowana cena za godzinę** | | | **Oferowana cena brutto** | |
| 1 | ***Świadczenie usług psychoterapii w ramach terapii rodziny – powiat świebodziński*** |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | |
| **L.p.** | **Nazwa zadania** | **Oferowana cena za godzinę** | | | **Oferowana cena brutto** | |
| 1 | ***Świadczenie usług psychoterapii w ramach terapii rodziny – powiat słubicki*** |  | | |  | |
|  | |  |  |  | |

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

data i podpis