**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