

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Załącznik 2 Formularz ofertowy do Zapytania ofertowego OPS.221.14.2017.MRK

O F E R T A

I. ZAMAWIAJĄCY

Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Leopolda Lisa Kuli 3A

05-270 Marki

NIP: 1250858724

REGON: 002006716

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Świadczenie usług psychologicznych, poradnictwa, konsultacji i psychoterapii dla uczestników projektu RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych

III. WYKONAWCA

Nazwa/imię i nazwisko Wykonawcy	
Pełen adres Wykonawcy	
Numer telefonu	
NIP/PESEL	
REGON	
Numer Faxu	
Adres e-mail	
Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

IV. OFERTA CENOWA

Dotyczy (należy wybrać część zamówienia):

- Części 1 – świadczenie usług poradnictwa i konsultacji dla dorosłych;
- Części 2 – świadczenie usług poradnictwa i konsultacji dla dzieci;
- Części 3 – świadczenie usług systemowej terapii rodzin;
- Części 4 – świadczenie usług psychoterapii par i małżeństw oraz terapii indywidualnej;
- Części 5 - świadczenie usług terapii dla osób doznających przemocy w rodzinie.

Oferta cenowa realizacji zadania wskazanego w opisie przedmiotu zamówienia wynosi*
(należy wypełnić tylko wiersze w zakresie wybranej części zamówienia)

Element przedmiotu zamówienia	j.m.	Ilość	Cena jednostko wa netto PLN	Wartość podatku VAT	Cena jednostko wa brutto (4+5)	Wartość netto PLN (3x4)	Wartość brutto PLN (3x6)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Część 1 - świadczenie usług poradnictwa i konsultacji dla dorosłych	godzina	300					
Część 2 – świadczenie usług poradnictwa i konsultacji dla dzieci	godzina	300					
Część 3 – świadczenie usług systemowej terapii rodzin	1 psycholog	godzina	528				
	1 psycholog	godzina	309				
Część 4 – świadczenie usług psychoterapii par i małżeństw oraz terapii indywidualnej	godzina	309					
Część 5 - świadczenie usług terapii dla osób doznających przemocy w rodzinie	godzina	134					

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Oferta cenowa realizacji zadania wskazanego w opisie przedmiotu zamówienia wynosi:

Łączna wartość zamówienia wynosi:

- i. Cena Netto _____, słownie: _____;
- ii. VAT _____, słownie: _____;
- iii. Cena Brutto _____, słownie: _____.

V. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w Zapytaniu ofertowym oraz szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 1 do zapytania ofertowego i akceptuję/emy powyższe wymagania oraz nie wnoszę/simy do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam/y, że Wykonawca:
 - a. Posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności;
 - b. Posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
 - c. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
3. Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
4. Oświadczam/y, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym.
5. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym oraz w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 1 do zapytania ofertowego, nie wnoszę/simy do nich żadnych zastrzeżeń.

(miejsowość, data)

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy)