

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 1 Formularz ofertowy do Zapytania ofertowego OPS.221.10.2018.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 z zakresu terapii dla osób doznających przemocy- dla uczestników projektu RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych

#### III. WYKONAWCA

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

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

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 jednostkowa netto PLN | Wartość podatku VAT | Cena jednostkowa brutto (4+5) | Wartość netto PLN (3x4) | Wartość brutto PLN (3x6) |
|---|---------|-------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1.  | 2.      | 3.    | 4.                         | 5.                  | 6.                            | 7.                      | 8.                       |
| świadczenie usług terapii dla osób doznających przemocy | godzina | 87    |                            |                     |                               |                         |                          |

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

- Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, i akceptuję/emy powyższe wymagania oraz nie wnoszę/simy do nich żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam/y, że Wykonawca:
  - nie podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 oraz ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych,
  - posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności;
  - posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
  - znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
- Oświadczam/y, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym.
- Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę/simy do nich żadnych zastrzeżeń.

(miejsowość, data)

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy)