

Załącznik nr 1 zapytania ofertowego 01/04/2019/PA – Formularz ofertowy

*FORMULARZ OFERTOWY*

.....  
miejscowość, data

**Dane Wykonawcy:**

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

CENTRUM MEDYCZNE  
Szpital Świętej Rodziny Sp. z o.o.  
ul. Wigury 19  
90-302 Łódź

**Dotyczy projektu:** „Przywracamy godność człowieka – wsparcie w formie zdeinstytucjonalizowanej dla grupy osób niesamodzielnych z Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego” współfinansowanej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (nr projektu: RPLD.09.02.02-10-0019/16-00).

Poniżej przedstawiam następujące warunki realizacji przedmiotu zamówienia:

L.p.	Przedmiot zamówienia – usługa i opis usługi	Jednostka miary	Cena jednostkowa za godz. w zł (brutto)
1.	Świadczenie usług w charakterze rehabilitacji w okresie od 13.04.2019 r. do 01.07.2019 r. (zatrudnienie na podstawie umowy zlecenia lub w ramach działalności gospodarczej, wizyta co 2 dzień u Uczestników Projektu trwająca 60 minut, łącznie dla 5 Uczestników Projektu).	godzina	Kwota brutto: ..... Słownie: ..... ..... ..... ..... ..... .....

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis i osoby upoważnionej