

Załącznik nr 1 zapytania ofertowego 01/03/2019/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 terapeuty zajęciowego w okresie od 05.04.2019 r. do 01.07.2019 r. (minimum 1 osoba, zatrudnienie na podstawie zlecenia lub w ramach działalności gospodarczej, 3-4 wizyty w miesiącu po 45 min. terapii zajęciowej dla 13 Uczestników Projektu)	godzina	Kwota brutto: Słownie:

*niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość, data

.....
podpis i osoby upoważnionej