

Projekt nr umowy RPLD.09.02.01-10-E006/18 „Nie ma jak w domu- wsparcie w formie zdeinstytucjonalizowanej dla grupy osób niesamodzielnych” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 1 zapytania ofertowego **08/10/2019 PI** – 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: „Nie ma jak w domu- wsparcie w formie zdeinstytucjonalizowanej dla grupy osób niesamodzielnych” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (nr RPLD.09.02.01-10-E006/18).

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 starszego opiekuna medycznego dla 6 Uczestników Projektu ze stwierdzoną demencją w okresie: od 04.11.2019 r. do 31.05.2021 r. (przynajmniej 1 specjalista: zatrudnienie na podstawie umowy zlecenia lub w ramach działalności gospodarczej, łącznie ok. 2280 godzin opieki medycznej dla 6 Uczestników Projektu, w ramach 5 wizyt w tygodniu, trwających 1 godzinę- u każdego z UP).	godzina	Kwota brutto: ..... Słownie: ..... ..... ..... ..... .....

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis osoby upoważnionej