*Załącznik nr 1- Formularz ofertowy*

Środowiskowy Dom Samopomocy typu „A i B”

Ul. K. Warchalskiego 3 07-300 Ostrów Mazowiecka

**FORMULARZ OFERTOWY**

*Nazwa Wykonawcy……………………………………………………………………………….*

*Adres Wykonawcy…………………………………………………………………………………*

*NIP, REGON ………………………………………………………………………………………*

*TELEFON, FAX …………………………………………………………………………………*

W związku z ogłoszeniem, którego przedmiotem jest świadczenie usług w zakresie **wykonywania zadań opiekuna ds. mieszkania chronionego w Środowiskowym Domu Samopomocy Typu „A i B”** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Cena brutto za godzinę świadczenia usług w zł |
| 1 | 2 |
| 1. | **wykonywania zadań opiekuna ds. mieszkania chronionego** |  |

|  |
| --- |
| Brutto…………………………………………………………………………………………= (wartość kolumny 2 wiersz 1)Słownie…………………………………………………………………………………………Zamówienie będzie realizowane w terminie od dnia podpisania umowy do 05.11.2020 r., jednak nie wcześniej niż od 6 listopada 2019r.  |

**Warunki realizacji zamówienia oraz oświadczenia**

Deklarujemy następujące warunki realizacji zamówienia:

* Oświadczam, że zapoznałem/am się z zapytaniem ofertowym, przyjmuję warunki w nim zawarte i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
* Oświadczam, że dysponuję osobami posiadającymi uprawnienia niezbędne do wykonania prac związanych z przedmiotem zamówienia, posiadam odpowiednie uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
* Zapewniamy wykonanie usługi w terminie od dnia **06.11. 2019r.** do dnia **05 listopada 2020 r.**
* Oświadczamy, że cena zawarta w formularzu ofertowym pozostanie niezmienna przez okres trwania umowy,
* Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni od upływu terminu składania ofert,
* W przypadku zaistnienie braku możliwości realizacji usługi z przyczyn ode mnie niezależnych, zapewnię zastępstwo świadczenia usługi przez osobę o kwalifikacjach i doświadczeniu nie niższym niż moje. W takim przypadku zastępstwo podlegać będzie wcześniejszej akceptacji przez Zamawiającego.

……………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość i data imię i nazwisko oraz podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy