Załącznik nr 1 do zaproszenia do złożenia oferty

Znak sprawy: OPS.EFS.26.2.2021

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa oraz adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

tel……………………………………………… e-mail …………………………………………………

NIP ………………………………………….. REGON…………………………………………………

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia :

przeprowadzenie spotkań i indywidualnych konsultacji z zakresu terapii uzależnień
z uczestnikami projektu „***Aktywna integracja drogą do niezależności”*** współfinansowanego
z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020 Oś priorytetowa 7. Równowaga społeczna, Działanie 7.1. Programy aktywnej integracji realizowane przez ośrodki pomocy społecznej:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj zajęć | Ilość godzin | Cena brutto za 1 godz. zegarową | Cena ogółem (ilość godz. x cena za 1 godz.) |
| 1 | Spotkania i indywidualne konsultacje z zakresu terapii uzależnień | 100 h |  |  |

2. Oferuję termin realizacji zamówienia: zgodnie z wymogami zaproszenia do złożenia oferty

3. Oferuję termin płatności: 14 dni od daty prawidłowo wystawionej faktury/rachunku

4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z opisem przedmiotu zamówienia, wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

6. Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące:

a) posiadania uprawnień wymaganymi przepisami prawa do wykonywania określonej działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem,

b) posiadania wiedzy i doświadczenia niezbędnego do wykonania niniejszego zamówienia,

c) pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym, w tym bezrobotnymi oraz

 z niepełnosprawnościami.

Do oferty dołączono:

1. Dokument potwierdzający kwalifikacje – kserokopia.

Miejscowość: …………………, dnia ………………

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

 (podpis i pieczęć osoby(ób) uprawnionej(ych)

 do reprezentowania Wykonawcy