

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego GOPS 260.247/2020

FORMULARZ OFERTOWY

Odpowiadając na zapytanie ofertowe na stanowisko serwisanta w ramach projektu: „Michałowicki program deinstytucjonalizacji systemu wsparcia osób niesamodzielnych” dofinansowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych, składam ofertę następującej treści:

Dane Oferenta:

Imię i Nazwisko:

Miejsce zamieszkania i adres Oferenta:

Dane kontaktowe: adres e-mail telefon:

Oferuję zgodnie z wymogami Zamawiającego usługę serwisanta:

Część I (łącznie 50 godzin):

Kwota za godzinę zegarową usługi serwisanta wynosi:zł/ godzinę (brutto)

Słownie:

Średnia liczba godzin dostępności w miesiącu (proszę wpisać, jeśli inna niż 16,5).....

Część II (łącznie 150 godzin):

Kwota za godzinę zegarową usługi serwisanta wynosi:zł/ godzinę (brutto)

Słownie:

Średnia liczba godzin dostępności w miesiącu (proszę wpisać, jeśli inna niż 16,5).....

Doświadczenie w świadczeniu usług serwisowych w podobnym zakresie (proszę zaznaczyć):

powyżej 3 lat powyżej 2 lat powyżej 1,5 roku poniżej 1,5 roku

Oświadczam, że:

- 1 Posiadam wykształcenie techniczne (skreślić jeśli nie dotyczy)
- 2 Posiadam praktyczną znajomość sprzętu usprawniającego (skreślić jeśli nie dotyczy)
- 3 Zapoznałem/am się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
- 4 Akceptuję zaproponowany przez zamawiającego sposób i termin realizacji przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
- 5 Spełniam wszystkie wymagane warunki wymagane do ubiegania się o zamówienie

Projekt „Michałowicki program deinstytucjonalizacji systemu wsparcia osób niesamodzielnych” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Gminę Michałowice – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w partnerstwie z Komorowskim Stowarzyszeniem Aktywnych Seniorów i Osób Dotkniętych Chorobą Parkinsona



- 6 Posiadam konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia
- 7 W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, w tym użytkowanie własnych narzędzi oraz koszty dojazdu.
- 8 Mam świadomość, iż z wynagrodzenia wyliczonego na podstawie wskazanej ceny Zamawiający potrąci należne składki i podatek.
- 9 Pozostaję związana/y niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

..... dnia

mięscowość)

.....
(podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu Oferenta)