Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

|  |
| --- |
| Wykonawca / Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:  [...............................……….....................................................................................................]  […............................................................................................................................................]  *(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, REGON, KRS/CEiDG)*  reprezentowany przez:  [................................................................................................................................................]  *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa reprezentacji)*  Adres do korespondencji:  [……………………………………………………………………………......................]  tel.: ……………………………………….  **e-mail: ……………………………………** |
| Nawiązując zapytania **ustalającego szacunkową wartości zamówienia** na **„Przeprowadzenie diagnozy (badanie+opis): a) FAS/FASD**  **b) ADOS-2 c) psychofizycznej wraz z oceną fizjoterapeutyczną**  **zgodnie z założeniami projektu „RODZINA OD SERCA W ŻORACH” – wsparcie deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej oraz osób usamodzielnianych opuszczających pieczę zastępczą**  składamy niniejszą ofertę: |
| Oferujemy wykonanie opisanego przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami  określonymi przez Zamawiającego, za kwotę stanowiącą wynagrodzenie za wykonanie  przedmiotu umowy wynoszącą:  netto: …………………………………………………..…złotych (PLN), słownie: ………………………….……………………………..…… stawka podatku VAT: ……………...….. % kwota podatku VAT: …………………… złotych (PLN), brutto:……………………….złotych (PLN), słownie: ……………………………………………….…..……………………………… \*\*  zgodnie z poniższą kalkulacją  **Diagnoza:   a) FAS/FASD**  **b) ADOS-2 c) psychofizyczna wraz z oceną fizjoterapeutyczną**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Nazwa diagnozy | Cena brutto za 1 diagnozę | Cenę netto za 1 diagnozę | Całkowity koszt zamówienia (cena brutto) | Całkowity koszt zamówienia (cena netto) | | 1. Diagnoza FAS/FASD   szacunkowa liczba osób – 20 dzieci |  |  |  |  | | 1. Diagnoza ADOS-2   szacunkowa liczba osób – 10 dzieci |  |  |  |  | | 1. Diagnoza psychofizyczna wraz z oceną fizjoterapeutyczną   szacunkowa liczba osób – 20 dzieci |  |  |  |  | | Całkowita wartość oferty: | | |  |  |   Miejsce realizacji umowy (należy podać dokładny adres): ……………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………... ………………….……….  data Podpis Wykonawcy |