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-2c) 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 wymaganiamiokreślonymi przez Zamawiającego, za kwotę stanowiącą wynagrodzenie za wykonanieprzedmiotu 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-2c) 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 |