**OFERTA WYKONAWCY**

**Zamawiający:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Powiecie Warszawskim Zachodnim

ul. Poznańska 131A

05-850 Ożarów Mazowiecki

Faks: 22 733 72 51

**Wykonawca:**

Nazwa (firma)………………………………………………………………………………………………………………………

Siedziba……………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr. telefonu/ nr faksu…………………………………………………………………………………………………………..

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr NIP…………………………………………………………………………………………………………………………………..

W odpowiedzi na zaproszenie do udziału w rozpoznaniu rynku dotyczącym: oferty cenowej   
na przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych dla 13 osób z niepełnosprawnościami,   
w miejscu zamieszkania (teren Powiatu Warszawskiego Zachodniego), będących uczestnikami projektu pt. „Lepsze jutro poprzez aktywność”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego, składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czynność | Liczba osób | Cena jednostkowa netto (zł) | Cena jednostkowa brutto (zł) | Cena całkowita brutto (zł) |
| A | B | C | D | E |
| Przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych w domu uczestników projektu pt. „Lepsze jutro poprzez aktywność” | 13 |  |  |  |

Cena całkowita netto: ……………………………………. zł

(słownie: .......................................................................................................zł)

Podatek VAT ...............%, ………………………… zł,

(słownie: ………………………………………………………zł)

Cena całkowita brutto: ……………………………………… zł

(słownie: ..................................................................................................... zł)

1. Cena oferty zawiera wszystkie koszty niezbędne dla realizacji zamówienia.
2. Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia w terminie do dnia 31.10.2017 r.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę   
   do niego zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że posiadam sprzęt umożliwiający przeprowadzanie zabiegów rehabilitacyjnych będących przedmiotem zamówienia
5. Oświadczam, że dysponuję osobami posiadającymi odpowiednie kwalifikacje niezbędne do wykonania zamówienia, zgodnie z wymogami określonymi w punkcie 3 rozeznania rynku „Wymagania dotyczące Wykonawcy”
6. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia na okres …………………………………………….
7. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności w rozliczeniach z Zamawiającym.
8. Do oferty załączam następujące dokumenty stanowiące integralną część oferty:

1) Wykaz osób, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia

2) ..........................................................................................

3) ..........................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data, miejscowość) Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 1 do Oferty Wykonawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*pieczęć Wykonawcy*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

##### Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji niezbędnych do wykonania zamówienia, wypełniony zgodnie z warunkiem opisanym w rozeznaniu rynku w pkt. 3 „Wymagania dotyczące Wykonawcy”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  **rehabilitanta** | **Posiadane wykształcenie**  **(nazwa uczelni, kierunek, tytuł naukowy oraz rok ukończenia studiów)\*** | **Opis dotychczasowego doświadczenia zawodowego (w tym: miejsce zatrudnienia, okres zatrudnienia podany w formacie:  od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr,  zakres wykonywanych obowiązków)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **n…** |  |  |  |

***\**** *na potwierdzenie posiadanego wykształcenia należy załączyć kopię dyplomu ukończenia studiów wyższych*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data, miejscowość) Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy