Załącznik nr 2 do

Zapytania ofertowego

w postępowaniu znak : GOPS.271.13.2019-0044

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zebrzydowicach**

**Ul. Ks. A. Janusza 6; 43-410 Zebrzydowice**

**FORMULARZ OFERTY**

**w postępowaniu znak: GOPS.271.13.2019-0044**

Nazwa oraz adres Wykonawcy.

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

NIP: .....................................................................................................

REGON (jeśli dotyczy) ........................................................................

Kalkulacja cenowa Wykonawcy za świadczenie 1 godziny usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia

* + - 1. Oferuję/emy świadczenie usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej za cenę brutto: ................................. zł za 1 godzinę świadczonych usług.
			2. Oświadczam/y, iż zapoznałam/em/liśmy się z opisem przedmiotu zamówienia Zamawiającego i nie wnoszę/imy do niego żadnych zastrzeżeń.