Załącznik nr 2 do

Zapytania ofertowego

w postępowaniu znak : GOPS.271.7.2019-0044

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zebrzydowicach**

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

**FORMULARZ OFERTY**

**w postępowaniu znak: GOPS.271.7.2019-0044**

1. Nazwa oraz adres Wykonawcy.

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

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

REGON (dotyczy firm) ......................................................................................

1. Kalkulacja cenowa Wykonawcy za świadczenie 1 godziny usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia
* Oferuję/emy świadczenie usług AOON za cenę brutto: .......................................... zł.,

Oświadczam/y, iż zapoznałam/em/liśmy się z opisem przedmiotu zamówienia Zamawiającego i nie wnoszę/imy do niego żadnych zastrzeżeń.