Załącznik nr 2 do

Zapytania ofertowego

w postępowaniu znak : GOPS.271.17.2019-0044

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zebrzydowicach**

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

**FORMULARZ OFERTY**

**w postępowaniu znak: GOPS.271.17.2019-0044**

1. Nazwa oraz adres Wykonawcy.

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

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

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

1. Kalkulacja cenowa Wykonawcy za prowadzenie 1 zajęć JOGI (90 minut) zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia
* Oferuję/emy świadczenie usług zakresie prowadzenia zajęć JOGI za cenę brutto: ..........................................za 1 zajęcia JOGI (trwające 90 minut) .

III. Oświadczam/y, że:

* zapoznałam/em/liśmy się z opisem przedmiotu zamówienia Zamawiającego i nie wnoszę/imy do niego żadnych zastrzeżeń.
* w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia ujęte w zapytaniu cenowym.