Miejscowość………………., dnia………..... 2021 r.

**Załącznik nr 1**

**do Zapytania Ofertowego**

**NR RIP.215.49.2021**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Zamawiający:**

Gmina Pełczyce

ul. Rynek Bursztynowy 2

73-260 Pełczyce

Strona http://pelczyce.pl

Adres e-mail: umig@pelczyce.pl

**Realizator-płatnik:**

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pełczycach

ul. Starogrodzka 12

73-260 Pełczyce

Strona http://mgopspelczyce.pl

Adres e-mail: kontakt@mgopspelczyce.pl

**Dane dotyczące wykonawcy:**

Nazwa/ Imię i nazwisko

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

Siedziba/ Adres

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

Nr tel.

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

Adres e- mail...................................................................................................................................

NIP..................................................

Nr rachunku bankowego:

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

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe NR RIP.215.49.2021w imieniu wykonawcy oferuję wykonanie przedmiotowego zamówienia:

1. **W ramach kryterium 1 (waga 60%) następującą cenę:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zadania**  | **Kwota brutto za** **1 godzinę terapii**  | **B.****Liczba godzin do realizacji** | **C.****Kwota łącznie brutto** **(A x B=C).****Cena napisana cyfrowo i słownie.**  |
| 1. | **ŚWIADCZENIE USŁUGI INDYWIDUALNEGO WSPARCIA TERAPEUTYCZNEGO NA STANOWISKU TERAPEUTY UZALEŻNIEŃ**- cena zawiera koszty niezbędnych narzędzi do terapii, w tym listy obecności, dziennik zajęć i karty oceny uczestnika projektu przed przystąpieniem do danej formy terapii oraz po jej zakończeniu obrazujące wzrost kompetencji w związku z podjętą formą; - skalkulowano ewentualną potrzebę dopasowania formy terapii do wymogów krajowych w razie ograniczeń spowodowanych COVID-19. |  | 1200 h (40 h m-nie przez 30 m-cy)) |  |

**II. Oświadczam, iż moje doświadczenie zawodowe uprawniające do świadczenia ww. usługi wynosi ……………… lat pracy.**

**Załącznikiem do niniejszego formularza oferty stanowiącego jego integralną część jest Załącznik 4 zapytania ofertowego** (formularz- wykaz kwalifikacji, doświadczenia i stażu pracy osoby uczestniczącej w wykonaniu przedmiotu zamówienia) oraz kopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje i doświadczenie do wykonywania czynności z zakresu terapii uzależnień.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

 | Inne załączniki (jeśli dotyczy, proszę wypisać w punktach): ……………………………………………………………………………………… |

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

- zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego dla niniejszego postępowania,

- gwarantuję wykonanie niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania ofertowego.

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej