



Załącznik nr 2

Formularz ofertowy

Przedmiot zamówienia:

INFORMACJA CENOWA

DOT. ZAPROSZENIA DO SKŁADANIA OFERT CENOWYCH NA REALIZACJĘ USŁUG TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ W RAMACH PROGRAMU: ZA ŻYCIEM

Przeprowadzona na podstawie § 6 Regulaminu udzielania zamówień publicznych w Powiatowym Centrum Poradnictwa Psychologicznego – Pedagogicznego i Doradztwa Edukacyjnego w Dzierżonowie o wartości poniżej 30 000 Euro przyjętego Zarządzeniem Dyrektora PCPPPiDE w Dzierżonowie z dnia 29 grudnia 2015 r.

Zamawiający:

Powiatowe Centrum Poradnictwa Psychologicznego – Pedagogicznego i Doradztwa Edukacyjnego,
ul. Parkowa 2, 58-200 Dzierżonów, tel. 74 832 37 33 lub 74 831 56 79

Niniejszym przystępuję do udziału w postępowaniu o informację cenową:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy, adres email

1. Cena brutto za świadczenie 1 godziny usługi terapii SI:zł brutto
Słownie cena
2. Deklarowana liczba godzin do zrealizowania miesięcznie.....
w tym tygodniowo.....
3. Deklarowane miejsce prowadzenia zajęć
4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym, uzyskałam/em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że posiadam wymagane przez Zamawiającego doświadczenie i przygotowanie zawodowe w zakresie realizacji usług stanowiących przedmiot oferty.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania.

Zostałam/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Równocześnie zobowiązuje się do przedłożenia Zamawiającemu dokumentów potwierdzających dane zawarte w niniejszym oświadczeniu na jego wniosek.

.....
Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis składającego ofertę)