



Załącznik Nr 1

Oferent (adres)

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

### FORMULARZ OFERTOWY

odpowiadając na zapytanie dotyczące realizacji zajęć specjalistycznych – dodatkowych, rozwijających możliwości psychofizyczne dzieci, wspomagających rozwój i prowadzenie terapii dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ramach realizacji projektu pn. „Kucykowa kraina II” oferuję/emy wykonanie przedmiotowego zadania:

I. Dane Oferenta :

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu/faksu:.....

Internet:

http:// .....

e-mail: .....

@.....

REGON .....

NIP .....

II. Oferuję/emy za wykonanie przedmiotu zamówienia w:

- a) **CZĘŚĆ 1**..... następujące wartość brutto:  
....., (słownie złotych:.....)
- b) **CZĘŚĆ 2**..... następujące wartość brutto:  
....., (słownie złotych:.....)
- c) **CZĘŚĆ 3**..... następujące wartość brutto:  
....., (słownie złotych:.....)
- d) **CZĘŚĆ 4**..... następujące wartość brutto:  
....., (słownie złotych:.....)
- e) **CZĘŚĆ 5**..... następujące wartość brutto:  
....., (słownie złotych:.....)
- f) **CZĘŚĆ 6**..... następujące wartość brutto:  
....., (słownie złotych:.....)
- g) **CZĘŚĆ 7**..... następujące wartość brutto:  
....., (słownie złotych:.....)
- h) **CZĘŚĆ 8**..... następujące wartość brutto:  
....., (słownie złotych:.....)
- i) **CZĘŚĆ 9**..... następujące wartość brutto:



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



lubelskie  
Smakuj życie!

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny





....., (słownie złotych:.....)

j) **CZĘŚĆ 10**..... następujące wartość brutto:

....., (słownie złotych:.....)

k) **CZĘŚĆ 11**..... następujące wartość brutto:

....., (słownie złotych:.....)

III. Deklaruję/my termin wykonania zamówienia w terminie do..... zgodnie z terminem podanym w zapytaniu ofertowym.

V. Oświadczam/y, że:

– zapoznałem/liśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę/simy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia,

– gwarantujemy niezmiennosc ceny oferowanej za wykonanie przedmiotu zamówienia

VI. Osobą upoważnioną do kontaktu z Zamawiającym w przypadku udzielenia zamówienia jest:

Imię i Nazwisko: ..... numer Telefonu:

.....

VII. Wyrażam/y zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie przez Niepubliczne Przedszkole Kucykowa Kraina Ewa Bednarczyk zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922)

VIII. Składana oferta dotyczy następujących części (proszę podać termin realizacji oraz kwotę za 1 h wykonania):



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



lubelskie  
Smakuj życie!

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny





| Części                      | Zajęcia                           | Maksymalna liczba godzin | TAK/NIE | Deklarowana liczba godzin | Cena netto za godzinę pracy (PLN) | Wartość usługi netto (PLN) | Wartość usługi brutto (PLN) |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <b>ZAJĘCIA INDYWIDUALNE</b> |                                   |                          |         |                           |                                   |                            |                             |
| 1                           | z terapii integracji sensorycznej | 192 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| 2                           | logopedyczne                      | 576 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| 3                           | psychologiczne                    | 384 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| 4                           | dogoterapia                       | 192 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| 5                           | sensoplastyka                     | 92 godz.                 |         |                           |                                   |                            |                             |
| <b>ZAJĘCIA GRUPOWE</b>      |                                   |                          |         |                           |                                   |                            |                             |
| 6                           | hipoterapia                       | 192 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| 7                           | logopedyczne                      | 192 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| 8                           | taneczne                          | 384 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| 9                           | dogoterapia                       | 192 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| 10                          | z jazdy konnej                    | 192 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| 11                          | rytmika                           | 384 godz.                |         |                           |                                   |                            |                             |
| <b>Suma</b>                 |                                   | <b>2 972 godz.</b>       |         | <b>..... godz.</b>        |                                   |                            |                             |

ubelskie  
*Smakuj życie!*

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny





..... dn. ....

.....

podpisy osoby/osób upoważnionej/ych do  
reprezentowania Wykonawcy



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**lubelskie**  
*Smakuj życie!*

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

