

Załącznik nr 2

do formularza rozeznania rynku

……………………………..

(pieczęć firmy)

Dane Wykonawcy:

Zarejestrowana pełna nazwa przedsiębiorstwa:…………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

tel: , fax: , e-mail: …………………………………

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

(Nazwa Zamawiającego)

**Szacunkowa cena – kalkulacja kosztów**

świadczenie usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cena brutto za 1 godz. świadczenia usługi | Cenę netto za 1 godzinę świadczenia usługi (bez podatku VAT) | Całkowity koszt zamówienia (cena brutto)  | Całkowity koszt zamówienia (cena netto)  |
|  |  |  |  |

świadczenie usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami (formularz dla osoby fizycznej)

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto za 1 godz. świadczenia usługi | Całkowity koszt zamówienia (brutto)   |
|  |  |

1. Oświadczam, że powyższa cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oferuję termin wykonania zamówienia: ………………………..……………..
3. Oświadczam, że akceptuję warunki płatności określone przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że uzyskałam/em wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty.

 ............................................... ….…………..……………………………………..

 (miejsce, data) (podpis/podpisy osoby/osób uprawnionych/upoważnionych do reprezentowania wykonawcy)