Załącznik Nr 1 do Zapytania ofertowego

**Informacja o Wykonawcy**

Nazwa Wykonawcy:

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

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

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

 Siedziba, adres Wykonawcy:

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

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

Tel./fax: ........................................................

E-mail: .........................................................

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Malborku**

**Ul. Słowackiego 74**

**82 – 200 Malbork**

**OFERTA**

W związku z zapytaniem ofertowym, którego przedmiotem jest: **„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi - w zakresie OLIGOFRENOPEDAGOGIKI dla Klientów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Malborku w 2022 roku”**

oferuję/-my/, zgodnie z założeniami Zapytania Ofertowego, wykonanie zamówienia opisanego szczegółowo w pkt II zapytania ofertowego za stawkę godzinową

* **specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie OLIGOFRENOPEDAGOGIKIw łącznej ilości 15 godzin w okresie od października do grudnia 2022 roku dla 1 dziecka**

.......................zł brutto (słownie: ...............................................................................) przy zastosowanej ........ % stawce VAT**\***

1. Oświadczam/y, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią zapytania ofertowego oraz projektem umowy i nie wnoszę/wnosimy do nich zastrzeżeń.
3. Przyjmujemy do realizacji postawione przez zamawiającego, w zapytaniu ofertowym warunki.
4. Oświadczamy, że firma jest płatnikiem VAT o numerze identyfikacyjnym NIP ......................................................................................................................

…………………………………………………………

 miejscowość, data

……………………………………

*czytelny podpis (imię i nazwisko) lub podpis wraz z pieczęcią imienną Wykonawcy lub osoby/osób*

 *właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

**\* z kwoty tej zostaną pokryte wszystkie obciążenia z tytułu ubezpieczeń społecznych, ubezpieczeń zdrowotnych, funduszu pracy, funduszu gwarantowanych świadczeń pracowniczych, należnych podatków i innych kosztów pracodawcy itd.**