



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Pomorze **Zachodnie**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1
Moduł I

.....
(pieczęć Wykonawcy)

OFERTA

Ja, niżej podpisana/y

.....

(pełna nazwa Wykonawcy)

.....

(adres siedziby Wykonawcy)

REGON.....Nr NIP

Nr konta bankowego:

.....

nr telefonunr faxu.....

e-mail

.....

**w odpowiedzi na ogłoszenie o naborze ofert na prowadzenie terapii w zakresie integracji
sensorycznej Moduł I dla beneficjentów projektu „Regionalna Akademia Dzieci
i Młodzieży”**

cm 1

LP	Nazwa	Cena NETTO za 1 godzinę zajęć	Cena BRUTTO za 1 godzinę zajęć
	Zajęcia SI	 PLN	 PLN
	Diagnoza, plany terapii, konsultacja, wywiad, program terapii „Dieta sensoryczna”	 PLN	 PLN

RAZEM:

Cena netto / brutto Łącznie za usługę (300 godz.)	 netto brutto PLN
--	------------------------------------

Cena netto słownie:

Cena brutto słownie:

..... , dnia

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)

1/10/1

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA

Osoba nr 1: (imię i nazwisko)	
Wykształcenie, szkolenia/kursy/certyfikaty:	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Osoba nr 2: (imię i nazwisko)	
Wykształcenie, szkolenia/kursy/certyfikaty:	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

....., dnia

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)

gmm

Osoba nr 3: (imię i nazwisko)	
Wykształcenie, szkolenia/kursy/certyfikaty:	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

..... , dnia

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)

1 m 7