



Załącznik nr 1
Moduł II

.....

(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 II dla beneficjentów projektu „Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży”

cmi

LP	Nazwa	Cena NETTO za 1 godzinę zajęć	Cena BRUTTO za 1 godzinę zajęć
	Zajęcia SI	 PLN	 PLN

RAZEM:

Cena netto / brutto Łącznie za usługę (200 godz.)	 netto brutto PLN
--	---

Cena netto słownie:

Cena brutto słownie:

..... , dnia

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

cm1/

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)

cm 1

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)