|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć firmowa Wykonawcy | Załącznik Nr 1 do ogłoszenia |

|  |  |
| --- | --- |
| NIP firmy: ........................................  Nr telefonu: ......................................  Adres e-mail: ……………………… | **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**  **w Olsztynie**  **ul. Bałtycka 65, 10-175 Olsztyn** |

**OFERTA**

**na przeprowadzenie indywidualnej diagnozy uczestników i uczestniczek projektu pn. „Aktywizujemy i Usamodzielniamy – 2” finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020.**

**1. Cena oferty:**

**Część 1 zamówienia (diagnoza psychologiczna dla 55 osób):**

Cena brutto za realizację zamówienia ………………. zł (słownie: ………….)

tj. cena brutto z godzinę spotkania diagnostycznego: ………… zł (słownie: …….)

**Część 1 zamówienia (diagnoza zawodowa dla 55 osób):**

Cena brutto za realizację zamówienia ………………. zł (słownie: ………….)

tj. cena brutto z godzinę spotkania diagnostycznego: ………… zł (słownie: …….)

**2. Termin wykonania zamówienia: od podpisania umowy do zakończenia 31 grudnia 2017 r. z możliwością ewentualnego przedłużenia do 31 stycznia 2018 roku.**

**3. Oświadczamy, że cena obejmuje wszystkie koszty związane z prawidłową realizacją zamówienia.**

**4. Oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni od daty otwarcia ofert.**

**5. Oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotem zamówienia.**

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

Podpis (y) i pieczęć imienna osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy