

FORMULARZ OFERTY

W odpowiedzi na rozeznanie cenowe na usługę „Opieka wytchnieniowa” składam ofertę:

Nazwa	Cena brutto [zł] za 1 godzinę zegarową
Opieka wytchnieniowa w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w terminie od 02.05.2022 r. do 23.12.2022 r.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. osobiście wykonam przedmiot zamówienia;
2. posiadam uprawnienia oraz niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
3. oświadczam, że zapoznałem/łam się z zapytaniem i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
4. zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dla osób biorących udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim