

## 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 15.06.2021 r. do 31.12.2021 r.	.....

Jednocześnie oświadczam, że:

1. osobiście wykonam przedmiot zamówienia;
2. posiadam uprawnienia oraz niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
3. oświadczam, że zapoznałem się z zapytaniem i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
4. oświadczam, że zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną obowiązującą w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim.