

## FORMULARZ OFERTY

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

| Nazwa   | Cena brutto [zł]<br>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