**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)





*Załącznik nr 4 do Umowy*

……………………………… Rzeszów, dnia ….…………………

*pieczęć/ dane Wykonawcy*

**Formularz cenowy dotyczący realizacji zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nazwa zajęć specjalistycznych* | *cena brutto za 1 godzinę zajęć specjalistycznych* | *ROK KALENDARZOWY* | *Szacowana Liczba godzin zajęć specjalistycznych* | *cena brutto za 1 godz. x szacowana liczba zajęć* | *największe doświadczenie zawodowe  w godzinach przepracowanych z dzieckiem do 10 roku życia poprzez prowadzenie zajęć,  o których mowa  w zamówieniu, spośród osób zgłoszonych do realizacji zajęć w Załączniku nr 2 do umowy* |
|  |  | *2024* |  |  |  |
| *2025* |  |  |
| *2026* |  |  |
| ***RAZEM:*** | | |  |  |  |

……………………………..……………………

*data i podpis Wykonawcy*