Załącznik nr 7 do SWZ

Znak sprawy: **ZOA.4141.2.2024**

Zamawiający:

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**w Węgorzewie**

**Ul. Gen. J. Bema 16A**

**11-600 Węgorzewo**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**FORMULARZ CENOWY**

**Przeprowadzenie usług wsparcia terapeutycznego dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Węgorzewie w ramach realizacji projektu pn. „Rodzina ponad wszystko” Projekt dofinansowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur (FEWiM) 2021-2027, Priorytet 9.: Włączenie i integracja EFES+, Działanie 9.9: System pieczy zastępczej na realizację projektu nr wniosku:FEWM.09.09-IZ.00-0006/24 „Rodzina ponad wszystko”, w podziale na 4 części,** prowadzonego przez **Powiat Węgorzewski – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Węgorzewie**.

***Należy wypełnić do części do której Wykonawca składa ofertę.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Część** | **Ilość** | **Cena za 1 godzinę lub 1 wykład (brutto) [PLN]** | **Cena za całość (brutto)**  **[PLN]** |
| **Nr 1** | 4 wykłady | 2025 r. ……….…….  2026 r. ………………  2027 r. ………………  2028 r. ……………… |  |
| **Nr 2** | 480 godzin | 2025 r. ………………  2026 r. ………………  2027 r. ………………  2028 r. ……………… |  |
| **Nr 3** | 240 godzin | 2025 r. ………………  2026 r. ………………  2027 r. ………………  2028 r. ……………… |  |
| **Nr 4** | 480 godzin | 2025 r. ………………  2026 r. ………………  2027 r. ………………  2028 r. ……………… |  |

…………………………………………

*(podpis)*

* dokument należy złożyć w formie elektronicznej, tj. w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.