

Zamawiający:

Podhalańska Lokalna Grupa Działania
Ul. J. Piłsudskiego 2
34-520 Poronin

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane wnioskodawcy

1. Imię i Nazwisko/Nazwa Podmiotu:

2. Adres:

3. Telefon Kontaktowy:

4. Adres e-mail:

5. NIP/PESEL:

II. Oferta

W odpowiedzi na **Zapytanie Ofertowe nr 19/2025/398** w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności składam ofertę na **prowadzenie terapii** dla uczestników/czek projektu pn. Placówka Wsparcia Dziennego w Gminie Biały Dunajec, nr FEMP.06.21-IP.01-0398/24, zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym. Deklaruję wykonanie zamówienia zgodnie z następującymi danymi:

Informacje pomocnicze do uzupełnienia tabeli:

- Kolumna 2 – należy podać Imię i nazwisko osoby, która posiada odpowiednie kwalifikacje zgodnie załącznikiem nr 1 i będzie prowadziła terapię. Dane osoby zostaną wpisane do

umowy na realizację usługi. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji kwalifikacji wskazanych osób oraz odmowy podpisania umowy w przypadku braku ich spełnienia.

- Kolumna 4 – należy wskazać koszt jednostkowy tj. 1 godziny pracy. Koszt musi obejmować wszystkie koszty wykonania usługi.
- Kolumna 5 – należy wskazać całkowitą wartość realizacji usługi w danej części zamówienia. Wartość obliczana jest poprzez iloczyn wartości wskazanej w kolumnie 3 i 4.

Opis usługi	Imię i Nazwisko terapeuty	Ilość [godzina]	Cena za 1 godzinę terapii brutto [zł]	Wartość brutto [zł]
1	2	3	4	5
Część 1 – prowadzenie terapii logopedycznej	1 080	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie: 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie:
Część 2 – prowadzenie terapii pedagogicznej	1 080	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie: 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie:
Część 3 – prowadzenie fizjoterapii	1 080	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie: 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie:
Część 4 – prowadzenie terapii integracji sensorycznej	1 296	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie: 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie:

Część 5 – prowadzenie terapii Biofeedback	864	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie: 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie:
Część 6 – prowadzenie terapii psychologicznej	1 080	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie: 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczbowo: • Słownie:

III. Oświadczenia

1. Oświadczam, że usługa zostanie zrealizowana w okresie **styczeń 2026 – marzec 2028**.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania usługi w zakresie określonym w **zapytaniu ofertowym 19/2025/398**
3. Oświadczam, iż spełniam określone w zapytaniu ofertowym warunki udziału w postępowaniu.
4. Oświadczam, iż znana jest mi treść Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027.
5. Oświadczam, że okres ważności oferty to 30 dni liczonych od dnia przewidzianego na składanie ofert.
6. Oświadczam, że akceptuję zasady przetwarzania danych osobowych zawarte w zapytaniu ofertowym.
7. Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w ofercie i załącznikach są zgodne z prawdą.

Miejscowość i data

Podpis oferenta