

Wykonawca …………………….

 (pieczątka)

**Formularz oferty**

**W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na realizację zadania:**

Opieka wytchnieniowa całodobowa w placówce dla osób **z orzeczeniem o stopniu** niepełnosprawności dla mieszkańców z **Gminy** **Baranów** w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2024 -zadanie realizowane w ramach Funduszu Solidarnościowego.”

1. **Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia** –

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena jednostkowa (bez podatku VAT) za 1 dzień świadczeniausługi w PLN** | **Cena jednostkowa (z podatkiem VAT) za 1 dzień świadczeniausługi w PLN** | **Maksymalna liczba dni**  | **Łączna cena****w PLN(bez podatku VAT)****(iloczyn kol. 2, kol.4)** | **Łączna cena****w PLN(z podatkiem VAT)****(iloczyn kol. 3, kol.4)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol.4** | **kol. 5** | **kol. 6** |
| Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej – Opieka wytchnieniowa całodobowa w placówce dla uczestnika Programu dla mieszkańców Gminy Baranów w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2024 :Dla osoby/osób niepełnosprawnej/ych –przewidywana liczba osób – **3** |  |  | **42 doby** |  |  |
| **RAZEM**  |  |  |

 Zadanie realizowane w ramach programu resortowego Ministra Rodziny ,Pracy i Polityki Społecznej pn.: „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

Zadanie finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego



|  |  |
| --- | --- |
|  **Lokalizacja** | **Zajęcia w ramach rehabilitacji.** |
| Od 51-60 km |  | Brak zajęć |  |
| Od 31-50 km |  | Zajęcia raz dziennie |  |
| Od 0-30km |  | Zajęcia dwa razy dziennie |  |
| Zajęcia trzy razy dziennie |  |

Wprowadź znak X w odpowiednią rubrykę.

……………………………………

(data, podpis i pieczątka Wykonawcy)

 Zadanie realizowane w ramach programu resortowego Ministra Rodziny ,Pracy i Polityki Społecznej pn.: „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

Zadanie finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego