



Projekt pn. „Terapia Neuroflow szansą podopiecznych z zaburzeniami przetwarzania słuchowego” współfinansowany z darowizny z TVP „Reklama dzieciom” i środków Stowarzyszenia na Rzecz Wspierania Osób Niepełnosprawnych „Pod Skrzydłami” w Sokółce

Załącznik Nr 1

Formularz ofertowy

1. Nazwa i adres Oferenta:

.....
.....

Nr telefonu:

Adres e-mail:

2. Niniejszym przedkładam ofertę dotyczącą realizacji usługi polegającej na przeprowadzeniu terapii Neuroflow z uczestnikami projektu „Terapia Neuroflow szansą podopiecznych z zaburzeniami przetwarzania słuchowego”

3. Oferuję wykonanie usługi w zakresie przeprowadzenia terapii Neuroflow z uczestnikami projektu wskazanych przez Zamawiającego, zgodnie z warunkami podanymi w zapytaniu ofertowym z dnia 12.02.2021r. za cenę:

| L.p. | Nazwa usługi | Liczba godzin | Wynagrodzenie brutto za 1 godzinę | Wartość wynagrodzenia ogółem brutto |
|------|--|---------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Indywidualna terapia Neuroflow z uczestnikami projektu | 240 godz. | | |
| 2. | Wartość wynagrodzenia ogółem brutto: Słownie zł: | | | |

Cena oferty zawiera wszelkie koszty związane z realizacją niniejszego zamówienia.

Deklaruję ponadto: Wykonanie usługi w terminie od dnia podpisania umowy do dnia 31.05.2021r.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis oferenta