FORMULARZ SZACOWNIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA

Imię i nazwisko/ Nazwa Wykonawcy:	
Adres	
NIP (jeśli dotyczy)	
REGON (jeśli dotyczy)	
Telefon/faks	
E-mail	

Oferowana cena za wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zaproszeniem do składania wstępnych ofert cenowych w celu oszacowania wartości usługi dot. wykonywania obowiązków pracownika specjalistycznego o profilu medycznym/socjalnym wspierającego pracę opiekunów/opiekunek, na terenie miasta Zabrze, związanych z wykonywaniem przez Zamawiającego zadań w ramach projektu **„Pogodna Jesień Życia w Zabrzu II"**, współfinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020 **wynosi:**

Cena jednostkowa brutto za miesiąc pracy (Przewidywany nakład pracy 50 godzin w miesiącu):

…….. zł brutto

Słownie zł: ……..

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedmiotem Szacowania wartości zamówienia i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

2. Oświadczam, iż **spełniam** określone w Szacowaniu wartości zamówienia z dnia 30.01.2019 r. warunki udziału w postępowaniu.

3. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione **wszystkie koszty wykonania usługi** w Szacowaniu wartości zamówienia z dnia 30.01.2019 r.

4. Oświadczam, iż **znana jest mi treść Wytycznych** w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

5. Oświadczam, że **akceptuję wszystkie zapisy** Szacowaniu wartości zamówienia z dnia 30.01.2019 r.

6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Ekspert-Kujawy w Inowrocławiu, zawartych w ofercie dla potrzeb postępowania dot. Szacowania wartości zamówienia z dnia 30.01.2019 r. w projekcie „Pogodna Jesień Życia Zabrzu II ".

Imię i nazwisko/nazwa Oferenta: …….

Adres zamieszkania/siedziba Oferenta: …….

Numer telefonu Oferenta, adres email: …….

PESEL/NIP: …….

Numer REGON: …….

Osoba do kontaktu: ……

…….
Miejscowość, data

……
Czytelny podpis Oferenta