Projekt „Dobry Początek" jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego na Usługę Asystenta Usamodzielnienia

ZAMAWIAJĄCY
MIASTO ŁÓDŹ/MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Piotrkowska 104
90-926 Łódź

FUNDACJA SZCZĘŚLIWEJ DROGI ODDZIAŁ W ŁODZI
ul. Wschodnia 69 lok 2 U
90-266 Łódź

NIP: 1231307213, REGON: 363140292

FORMULARZ OFERTOWY

(pełna nazwa/ imię i nazwisko Wykonawcy)

NIP/PESEL REGON ……

adres ……

telefon …… e-mail……

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczącego usługę **Asystenta Usamodzielnienia**(1 osoba) **w wymiarze maksymalnie 80 h miesięcznie dla maksymalnie 13 Uczestników**w ramach projektu **pn. „Dobry początek"** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX Włączenie Społeczne, Działania 9.1. Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie 9.1.1. Aktywizacja społeczno - zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**, składam ofertę** obejmującą wszelkie koszty wykonania usługi określone w postępowaniu ofertowym:

NAZWA	**Cena NETTO (PLN)[1] za 1 godzinę świadczenia usługi Asystenta Usamodzielnienia**	**Cena BRUTTO (PLN) [2] za 1 godzinę świadczenia usługi Asystenta Usamodzielnienia**	**Liczba godzin (9 m-cy x 80h/m-c)**	**Cena oferty brutto (liczba godzin – kol. 4 x cena brutto za 1h – kol. 5)**
(kol.1)	**(kol.2)**	**(kol.3)**	**(kol.4)**	**(kol.5)**
Usługa Asystenta Usamodzielnienia	**…….. zł**	**…….. zł**	**720 godzin**	
Łączna wartość oferty:				

[1] i [2] Wypełnia Wykonawca, który jest płatnikiem VAT:
[2]Wypełnia Wykonawca, który nie jest płatnikiem VAT:

W przypadku niepełnego miesiąca ilość godzin zostanie obliczona proporcjonalnie.

Jednocześnie podpisując niniejszą ofertę oświadczam, że:

1. w pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie warunki i wymagania dotyczące udziału w postępowaniu.
2. Zapoznałem/am się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
3. Otrzymałem/am konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Pozostaję związany niniejszą ofertą przez okres wskazany w zapytaniu tj. 14 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Zapytaniem Ofertowym tj. **Usługę Asystenta Usamodzielnienia w wymiarze 80 h miesięcznie dla maksymalnie 13 uczestników projektu za ww. cenę.**
6. **Świadomy/i odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w Załącznikach do zapytania ofertowego oraz innych przedłożonych dokumentach są zgodne z prawdą.**

…… *(miejscowość i data)*	…… *(podpis osób(-y) uprawnionej do składania oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy)*

[1] Usługa korzysta ze zwolnienia z VAT na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 29 lit c Ustawy o podatku od towarów i usług oraz § 3 ust. 1 pkt. 14) Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20.12.2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień

[2] W przypadku osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej cena brutto obejmuje wszystkie składowe wynagrodzenie w tym ZUS, zaliczki na podatek i inne obciążenia wynikające z odrębnych przepisów.