Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

Część nr 1: usługi animatora w Klubie Seniora przy DPS dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie w Lublinie w liczbie 12 godzin w tygodniu

1. Za wykonywanie obowiązków animatora Klubu Seniora proponuję następującą cenę:

Cena brutto za 1 godzinę zegarową: ……………………… PLN

(słownie: …………………………….……………………………………………………………………………………………PLN)

1. **Potwierdzenie doświadczenia zawodowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko: animator Klubu Seniora**  \*niepotrzebne skreślić | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu/projektu/zadania** | **Czas pracy**  **Liczba miesięcy**  **Data** | **Opis świadczonych usług /Zakres wykonywanych obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*w razie potrzeby należy dodać wiersze do tabeli*

Oświadczam że:

* Zapoznałam/em się z Zapytaniem Ofertowym oraz uzyskałam/em niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* Złożona oferta spełnia wymogi określone w opisie przedmiotu zamówienia.
* Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się, że w przypadku przyznania zamówienia do realizacji, zawrę umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| (Miejscowość i data) | (Czytelny podpis Wykonawcy) |

Załącznik nr 1b do Zapytania ofertowego DPSB.DAG.3439.7.2018

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

Część nr 2: usługi terapeuty zajęciowego filmoterapii w Klubie Seniora przy DPS „Betania” w Lublinie w liczbie 2 godziny w tygodniu

1. Za prowadzenie terapii proponuję następującą cenę:

Cena brutto za 1 godzinę zegarową: ……………………… PLN

(słownie: …………………………….……………………………………………………………………………………………PLN)

1. **Potwierdzenie doświadczenia zawodowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko: terapeuta**  \*niepotrzebne skreślić | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu/projektu/zadania** | **Czas prowadzenia terapii zajęciowej**  **Liczba miesięcy**  **Data realizacji** | **Opis świadczonych usług /Zakres wykonywanych obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*w razie potrzeby należy dodać wiersze do tabeli*

Oświadczam że:

* Zapoznałam/em się z Zapytaniem Ofertowym oraz uzyskałam/em niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* Złożona oferta spełnia wymogi określone w opisie przedmiotu zamówienia.
* Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się, że w przypadku przyznania zamówienia do realizacji, zawrę umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| (Miejscowość i data) | (Czytelny podpis Wykonawcy) |

Załącznik nr 1c do Zapytania ofertowego DPSB.DAG.3439.7.2018

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

Część nr 3: usługi terapeuty zajęciowego kinezyterapii w Klubie Seniora przy DPS „Betania” w Lublinie w liczbie 0,5 godziny w tygodniu

1. Za prowadzenie terapii proponuję następującą cenę:

Cena brutto za 1 godzinę zegarową: ……………………… PLN

(słownie: …………………………….……………………………………………………………………………………………PLN)

1. **Potwierdzenie doświadczenia zawodowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko: terapeuta**  \*niepotrzebne skreślić | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu/projektu/zadania** | **Czas prowadzenia terapii zajęciowej**  **Liczba miesięcy**  **Data realizacji** | **Opis świadczonych usług /Zakres wykonywanych obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*w razie potrzeby należy dodać wiersze do tabeli*

Oświadczam że:

* Zapoznałam/em się z Zapytaniem Ofertowym oraz uzyskałam/em niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* Złożona oferta spełnia wymogi określone w opisie przedmiotu zamówienia.
* Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się, że w przypadku przyznania zamówienia do realizacji, zawrę umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| (Miejscowość i data) | (Czytelny podpis Wykonawcy) |

Załącznik nr 1d do Zapytania ofertowego DPSB.DAG.3439.7.2018

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

Część nr 4: usługi terapeuty zajęciowego aromaterapii w Klubie Seniora przy DPS „Betania” w Lublinie w liczbie 0,5 godziny w tygodniu

1. Za prowadzenie terapii proponuję następującą cenę:

Cena brutto za 1 godzinę zegarową: ……………………… PLN

(słownie: …………………………….……………………………………………………………………………………………PLN)

1. **Potwierdzenie doświadczenia zawodowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko: terapeuta**  \*niepotrzebne skreślić | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu/projektu/zadania** | **Czas prowadzenia terapii zajęciowej**  **Liczba miesięcy**  **Data realizacji** | **Opis świadczonych usług /Zakres wykonywanych obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*w razie potrzeby należy dodać wiersze do tabeli*

Oświadczam że:

* Zapoznałam/em się z Zapytaniem Ofertowym oraz uzyskałam/em niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* Złożona oferta spełnia wymogi określone w opisie przedmiotu zamówienia.
* Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się, że w przypadku przyznania zamówienia do realizacji, zawrę umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| (Miejscowość i data) | (Czytelny podpis Wykonawcy) |

Załącznik nr 1e do Zapytania ofertowego DPSB.DAG.3439.7.2018

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

Część nr 5: usługi terapeuty zajęciowego biblioterapii w Klubie Seniora przy DPS „Betania” w Lublinie w liczbie 1 godziny w tygodniu

1. Za prowadzenie terapii proponuję następującą cenę:

Cena brutto za 1 godzinę zegarową: ……………………… PLN

(słownie: …………………………….……………………………………………………………………………………………PLN)

1. **Potwierdzenie doświadczenia zawodowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko: terapeuta**  \*niepotrzebne skreślić | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu/projektu/zadania** | **Czas prowadzenia terapii zajęciowej**  **Liczba miesięcy**  **Data realizacji** | **Opis świadczonych usług /Zakres wykonywanych obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*w razie potrzeby należy dodać wiersze do tabeli*

Oświadczam że:

* Zapoznałam/em się z Zapytaniem Ofertowym oraz uzyskałam/em niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* Złożona oferta spełnia wymogi określone w opisie przedmiotu zamówienia.
* Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się, że w przypadku przyznania zamówienia do realizacji, zawrę umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| (Miejscowość i data) | (Czytelny podpis Wykonawcy) |

Załącznik nr 1f do Zapytania ofertowego DPSB.DAG.3439.7.2018

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

Część nr 6: usługi terapeuty zajęciowego ludoterapii w Klubie Seniora przy DPS „Betania” w Lublinie w liczbie 3 godziny w tygodniu

1. Za prowadzenie terapii proponuję następującą cenę:

Cena brutto za 1 godzinę zegarową: ……………………… PLN

(słownie: …………………………….……………………………………………………………………………………………PLN)

1. **Potwierdzenie doświadczenia zawodowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko: terapeuta**  \*niepotrzebne skreślić | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu/projektu/zadania** | **Czas prowadzenia terapii zajęciowej**  **Liczba miesięcy**  **Data realizacji** | **Opis świadczonych usług /Zakres wykonywanych obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*w razie potrzeby należy dodać wiersze do tabeli*

Oświadczam że:

* Zapoznałam/em się z Zapytaniem Ofertowym oraz uzyskałam/em niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* Złożona oferta spełnia wymogi określone w opisie przedmiotu zamówienia.
* Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się, że w przypadku przyznania zamówienia do realizacji, zawrę umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| (Miejscowość i data) | (Czytelny podpis Wykonawcy) |

Załącznik nr 1g do Zapytania ofertowego DPSB.DAG.3439.7.2018

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

Część nr 7: usługi terapeuty zajęciowego światłoterapii w Klubie Seniora przy DPS „Betania” w Lublinie w liczbie 0,5 godziny w tygodniu

1. Za prowadzenie terapii proponuję następującą cenę:

Cena brutto za 1 godzinę zegarową: ……………………… PLN

(słownie: …………………………….……………………………………………………………………………………………PLN)

1. **Potwierdzenie doświadczenia zawodowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko: terapeuta**  \*niepotrzebne skreślić | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu/projektu/zadania** | **Czas prowadzenia terapii zajęciowej**  **Liczba miesięcy**  **Data realizacji** | **Opis świadczonych usług /Zakres wykonywanych obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*w razie potrzeby należy dodać wiersze do tabeli*

Oświadczam że:

* Zapoznałam/em się z Zapytaniem Ofertowym oraz uzyskałam/em niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* Złożona oferta spełnia wymogi określone w opisie przedmiotu zamówienia.
* Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się, że w przypadku przyznania zamówienia do realizacji, zawrę umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| (Miejscowość i data) | (Czytelny podpis Wykonawcy) |

Załącznik nr 1h do Zapytania ofertowego DPSB.DAG.3439.7.2018

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

Część nr 8: usługi terapeuty zajęciowego hortikuloterapii w Klubie Seniora przy DPS „Betania” w Lublinie w liczbie 0,5 godziny w tygodniu

1. Za prowadzenie terapii proponuję następującą cenę:

Cena brutto za 1 godzinę zegarową: ……………………… PLN

(słownie: …………………………….……………………………………………………………………………………………PLN)

1. **Potwierdzenie doświadczenia zawodowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko: terapeuta**  \*niepotrzebne skreślić | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i adres podmiotu/projektu/zadania** | **Czas prowadzenia terapii zajęciowej**  **Liczba miesięcy**  **Data realizacji** | **Opis świadczonych usług /Zakres wykonywanych obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*w razie potrzeby należy dodać wiersze do tabeli*

Oświadczam że:

* Zapoznałam/em się z Zapytaniem Ofertowym oraz uzyskałam/em niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* Złożona oferta spełnia wymogi określone w opisie przedmiotu zamówienia.
* Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się, że w przypadku przyznania zamówienia do realizacji, zawrę umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego

|  |  |
| --- | --- |
| (Miejscowość i data) | (Czytelny podpis Wykonawcy) |