............................................. .......................................
 ( nazwa, adres wykonawcy) (miejscowość, data)

**Gmina Barwice- Miejsko-Gminny**

**Ośrodek Pomocy Społecznej**

**ul. Czaplinecka 14**

**78-460 Barwice**

 ***Formularz ofertowy***

1.Nazwa Wykonawcy ………………………………………………………………………….

2.Adres Wykonawcy (siedziba prowadzenia działalności)...........................................
.....................................................................................................................................................
3.Adres Wykonawcy do doręczeń/korespondencji.....................................................
.....................................................................................................................................................
4.Nr KRS (jeśli dotyczy)..................................................................................
5.NIP............................................................................................................................................
6.REGON.....................................................................................................................................
W odpowiedzi na zapytanie ofertowe przedmiotem, którego jest: świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formie terapii SI w okresie od dnia 2025-04-01 do dnia 2025-12-31.

Oferujemy wykonanie ww. usługi 1 godziny zegarowej w wysokości ………… zł brutto (słownie:.................................................)

 ............................................
 Podpis osoby uprawnionej