**FORMULARZ CENOWY**

**I. Dane dotyczące Wykonawcy:**

Imię i nazwisko/ nazwa firmy:

Adres zamieszkania/siedziby firmy:

Adres email:

Numer telefonu:

Termin ważności oferty:

**II. Zobowiązania Wykonawcy:**

Nawiązując do zapytania o cenę dotyczącego świadczenia usług opieki wytchnieniowej przez osobę posiadającą odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje oferuję wykonanie usługi opieki wytchnieniowej za cenę jednej godziny (60 min.) w kwocie:…......................... zł brutto (słownie: ).

* Oświadczam, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
* Oświadczam, że posiadam wiedzę, kwalifikacje, doświadczenie niezbędne do wykonywania usługi opieki wytchnieniowej dla osób niepełnosprawnych.
* Oświadczam, że korzystam w pełni z praw publicznych i nie byłam karana/nie byłem karany za przestępstwa popełnione umyślnie.
* Dane osobowe zawarte w niniejszym formularzu podlegają ochronie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO") oraz Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2019 r. poz.1781).

…............................................

(data i podpis)