Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

ZP.5.DAOiK.2022

**FORMULARZ OFERTY**

**Przeprowadzanie szkoleń okresowych z zakresu bhp w Zespole Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia w Bydgoszczy w 2022 r.**

***I. Wykonawca:***

1. Nazwa i adres

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

a) NIP.................................................................................

b) REGON...........................................................................

c) Telefon...........................................................................

d) E-mail.............................................................................

e) nr KRS lub innego dokumentu:......................................

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe oferujemy wykonanie zamówienia dot. przeprowadzania szkoleń okresowych z zakresu bhp w Zespole Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia w Bydgoszczy w 2022 r. w zakresie i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami w następujący sposób:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis usługi**  | **Liczba osób** | **Cena netto** | **Stawka podatku VAT w %** | **Cena brutto**  |
| 1. | Szkolenie dla osób kierujących pracownikami  | 15 |   |   |   |
| 2. | Szkolenie pracowników administracyjno-biurowych | 5 |   |   |   |
| 3. | Szkolenie pracowników zatrudnionych na stanowiskach robotniczych  | 190 |   |   |   |
|  | **SUMA** |   | X |   |

Oświadczam/y, że:

1)deklarujemy 30 dniowy termin płatności licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

2)akceptujemy warunki zawarte we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.

…..………………………….…….. …………..………………………………

data sporządzenia oferty Podpis i pieczątka osoby

upoważnionej do składania ofert