



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Sienkiewicza 26, 63-600 Kępno

tel. 62 79 122 90

fax. 62 79 122 80

e-mail: pcpr_kepno@kepno.com.pl

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

Odpowiadając na zapytanie ofertowe pn. **”Świadczenie usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kępnie”**

Dane dotyczące Wykonawcy:

imię i nazwisko	
adres zamieszkania	
e-mail	
nr telefonu	

1. Zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu ofertowym oświadczam, iż oferuję wykonanie zamówienia za:

..... zł (słownie:)/ za godzinę świadczenia usługi brutto

2. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczamy, że **zapoznałam/zapoznałem**¹ em się z treścią Zapytania ofertowego oraz stanowiącymi jego integralną część załącznikami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
4. W przypadku przyznania mi zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że zgodnie z art. 14 ust 1 i 2 rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) **zapoznałam/zapoznałem**² się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującym prawem dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

....., dnia

.....

podpis Wykonawcy

¹ niepotrzebne skreślić.

² niepotrzebne skreślić.