ROPS.X.2205/30/2020 Załącznik nr 1

**Formularz ofertowy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zamawiający:**  Województwo Wielkopolskie  Al. Niepodległości 34,61-714 Poznań  NIP 778-13-46-888  Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu  ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań | | | | | | |
| **Wykonawca:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *pełna nazwa/firma* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *Adres* | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | |
| *NIP* | | | | |  | *REGON* | |
|  |  |  |  |  | | | |
| *nr telefonu* |  | *Faxu* |  | *e-mail* | | | |
|  | | | | | | | |

**Oferta Wykonawcy:**

W związku z zapytaniem ofertowym nr ROPS.X.2205/30/2020 na przeprowadzenie szkoleń z zakresu diagnozy FAS dla pracowników WOA, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w kwocie**:**

**………………………………………… zł netto**

**………………………………………… zł brutto**

Oświadczam, iż spełniam/spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone w rozdziale IV ust. 2 Zapytania ofertowego nr ROPS.X.2205/30/2020

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

Miejscowość, data podpis i pieczęć osoby uprawnionej   
 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Wykaz osób realizujących usługę**

Oświadczam, iż osoby wskazane do realizacji zamówienia spełniają warunki udziału w postępowaniu określone w rozdziale II Zapytania ofertowego nr ROPS.X.2205/30/2020

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

Miejscowość, data podpis i pieczęć osoby uprawnionej   
 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Informacje zawarte w załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego, uzupełniają osoby wyznaczone przez Wykonawcę do realizacji usługi, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w postepowaniu ROPS.X.2205/30/2020,**