

**Załącznik nr 1a do SWZ**

|  |
| --- |
| **Formularz cenowy** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stawka** **za 1 roboczogodzinę****usług opiekuńczych świadczonych** **od poniedziałku do piątku****[zł]** | **Wartość** **7 980 godzin****usług opiekuńczych świadczonych** **od poniedziałku do piątku****[zł]****(a x 7 980)** | **Stawka** **za 1 roboczogodzinę****usług opiekuńczych świadczonych** **w soboty, niedziele i dni wolne od pracy [zł]** | **Wartość** **420 godzin usług opiekuńczych świadczonych****w soboty, niedziele i dni wolne od pracy [zł]****(c x 420)** | **Suma wartości świadczonych usług****[zł]****(b + d)** |
| *a* | *b* | *c* | *d* | *e* |
|  |  |  |  |  |

Data: ..................................

*Dokument podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym/podpisem zaufanym/podpisem osobistym*

****

Projekt „USŁUGI SPOŁECZNE I OPIEKA MEDYCZNA DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA” jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.