

**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.