**Znak sprawy DzF.26.20.2023** Załącznik nr ……. do oferty

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć Wykonawcy) |  **F O R M U L A R Z C E N O W Y** |

 **UWAGA DOTYCZĄCA SPOSOBU SPORZĄDZENIA I PODPISANIA DOKUMENTU:**

**Niniejszy dokument powinien zostać sporządzony wyłącznie w formie elektronicznej, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym
lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym - przez Osobę upoważnioną do reprezentacji!**

NAZWA (FIRMA) ORAZ ADRES WYKONAWCY: ..............................................................................................................................................................................................

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: Część 1: Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania na rzecz podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zgierzu ul. Długa 56 na okres od 01.01.2024r. do 31.12.2024r.**

w tym:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **W Y S Z C Z E G Ó L N I E N I E** | **Jm** | **Ilość jednostek** | **STAWKA VAT**[%] | **KWOTA VAT****JEDNOST.**[zł] | **CENA JEDNOSTKOWA****(Z VAT)****[zł]** | WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA CZĘŚĆ 1(Z VAT)[zł]kol.4\*kol7 |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | 7 | 8 |
| 1. | usługi opiekuńcze | godzina | 4000 |  |  |  | C1 = |

**UWAGA: OBLICZONĄ WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA CZĘŚĆ 1 (Z VAT) C1 NALEŻY WPISAĆ DO OFERTY !**

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

Data ............................................... (podpis i pieczątka Wykonawcy)

**Znak sprawy DzF.26.20.2023** Załącznik nr ……. do oferty

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć Wykonawcy) |  **F O R M U L A R Z C E N O W Y** |

 **UWAGA DOTYCZĄCA SPOSOBU SPORZĄDZENIA I PODPISANIA DOKUMENTU:**

**Niniejszy dokument powinien zostać sporządzony wyłącznie w formie elektronicznej, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym - przez Osobę upoważnioną do reprezentacji!**

NAZWA (FIRMA) ORAZ ADRES WYKONAWCY: ..

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

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**: **Część 2: Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania na rzecz podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zgierzu ul. Długa 56 na okres od 01.01.2024r. do 31.12.2024r.**

w tym:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **W Y S Z C Z E G Ó L N I E N I E** | **Jm** | **Ilość jednostek** | **STAWKA VAT**[%] | **KWOTA VAT****JEDNOST.**[zł] | **CENA JEDNOSTKOWA****(Z VAT)****[zł]** | WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA CZĘŚĆ 2(Z VAT)[zł]kol.4\*kol7 |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | 7 | 8 |
| 2. | specjalistyczne usługi opiekuńcze | godzina | 300 |  |  |  | C2 = |

**UWAGA: OBLICZONĄ WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA CZĘŚĆ 2 (Z VAT) C2 NALEŻY WPISAĆ DO OFERTY !**

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

Data ............................................... (podpis i pieczątka Wykonawcy)

**Znak sprawy DzF.26.20.2023** Załącznik nr ……. do oferty

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć Wykonawcy) |  **F O R M U L A R Z C E N O W Y** |

 **UWAGA DOTYCZĄCA SPOSOBU SPORZĄDZENIA I PODPISANIA DOKUMENTU:**

**Niniejszy dokument powinien zostać sporządzony wyłącznie w formie elektronicznej, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym
lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym - przez Osobę upoważnioną do reprezentacji!**

NAZWA (FIRMA) ORAZ ADRES WYKONAWCY: ....................................................................…………………………………..

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**  **Część 3: Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania na rzecz podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zgierzu ul. Długa 56**

**na okres od 01.01.2024r. do 31.12.2024r.**

w tym:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **W Y S Z C Z E G Ó L N I E N I E** | **Jm** | **Ilość jednostek** | **STAWKA VAT**[%] | **KWOTA VAT****JEDNOST.**[zł] | **CENA JEDNOSTKOWA****(Z VAT)****[zł]** | WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA CZĘŚĆ 3(Z VAT)[zł]kol.4\*kol7 |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | 7 | 8 |
| 3. | specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi | godzina | 400 |  |  |  | C3 = |

**UWAGA: OBLICZONĄ WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA CZĘŚĆ 3 (Z VAT) C3 NALEŻY WPISAĆ DO OFERTY !**

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

Data ............................................... (podpis i pieczątka Wykonawcy)