



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik 1 do oferty

## Formularz ofertowy

Dotyczący projektu: „**Profesjonalna opiekunka i pomoc domowa**”

realizowanego w województwie opolskim w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich, Działanie 6.1 Poprawa dostępu do zatrudnienia oraz wspieranie aktywności zawodowej w regionie, Poddziałanie 6.1.1 Wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia na regionalnym rynku pracy.

Numer umowy o dofinansowanie projektu: **POKL.06.01.01-16-070/09-00**

*Pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe. W przypadku pozostawienia pól obowiązkowych pustych oferta jest nieważna.*

### 1. Dane oferenta\*

Nazwa oferenta	
Adres siedziby oferenta	
Imię i nazwisko osoby do kontaktu	
Telefon osoby do kontaktu	
e-mail osoby do kontaktu	

### 2. Dane obiektu, w którym świadczone będą usługi\*

Nazwa obiektu	
Adres	
Adres strony www	

### 3. Składana oferta dotyczy wszystkich terminów podanych dla grupy\*

*Prosimy o wstawienie znaku „x” przynajmniej dla jednej grupy.*

Grupa 1	<input type="checkbox"/>
Grupa 2	<input type="checkbox"/>
Grupa 3	<input type="checkbox"/>
Grupa 4	<input type="checkbox"/>

#### LIDER PROJEKTU

#### PARTNER PROJEKTU

**4. Pozostałe terminy w ramach których mogą być świadczone usługi (proszę podać poszczególne daty)**

--

**5. Proszę opisać przykładowe menu\***

Śniadanie	<ul style="list-style-type: none"><li>• ...</li><li>• ...</li><li>• ...</li></ul>
Obiad	<ul style="list-style-type: none"><li>• ...</li><li>• ...</li><li>• ...</li></ul>
Kolacja	<ul style="list-style-type: none"><li>• ...</li><li>• ...</li><li>• ...</li></ul>

**6. Doświadczenie\***

Liczba projektów dofinansowanych ze środków EFS w ciągu ostatnich trzech lat, w ramach których oferent świadczył usługi hotelarskie	
---	--

**7. Cena\***

Rodzaj świadczenia/usługi	Kwota	Jednostka miary
Śniadanie		zł/osobę
Obiad		zł/osobę
Kolacja		zł/osobę
Nocleg w pokoju dwuosobowym		zł/osobę
Wynajem sali szkoleniowej		zł/dzień

**8. Termin płatności\***

W poniższym polu proszę podać maksymalny termin płatności w dniach liczony od dnia wystawienia faktury VAT.

	dni
--	-----

## 9. Świadczenia dodatkowe

Proszę wskazać jakie dodatkowe usługi/świadczenia są Państwo w ramach podanych cen.

Lp.	Opis bonusów/rabatów
1	
2	
3	

*W razie potrzeby proszę dodać wiersze do tabeli*

## 10. Wyposażenie sali szkoleniowej\*

*Proszę wstawić znak x w poszczególnych pozycjach*

1 Tablica flipchart

2 Internet przewodowy

3 Internet bezprzewodowy

4 Rzutnik multimedialny

5 Ekran do wyświetlania slajdów

6 Telewizor z odtwarzaczem DVD

7 Nagłośnienie

8 Inne - jakie


--