***Załącznik nr 1***

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: .................................................  
Adres siedziby/ adres zamieszkania: .................................................  
Tel./fax.: .................................................  
Adres e-mail: ………………………………………………

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na realizację kursu pn.: „**Operator wózka widłowego wraz z badaniami psychotechnicznymi i egzaminem przed komisją Urzędu Dozoru Technicznego” *w ramach projektu Inwestuj w siebie***, składam ofertę na realizację usługi zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia wskazanymi w piśmie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAPYTANIE OFERTOWE** | | |
| **Koszt kursu dla 1 osoby**  **(a)** | **Ilość osób**  **(b)** | **Wynagrodzenie za całą usługę**  **(axb)** |
| **………………………………………… zł.**  **brutto** | **8 osób** | **………………………………………… zł.**  **brutto** |

**Złożona wycena powinna określać wynagrodzenie wykonawcy za 1 osobę świadczonej usługi oraz wynagrodzenie za całość przedmiotu zamówienia, przy założeniu realizacji usługi przez 8 osób, zgodnie z tabelą powyżej.**

**W tym,**

**koszt badań lekarskich:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAPYTANIE OFERTOWE** | | |
| **Koszt badań dla 1 osoby**  **(a)** | **Ilość osób**  **(b)** | **Wynagrodzenie za całą usługę**  **(axb)** |
| **………………………………………… zł.**  **brutto** | **8 osób** | **………………………………………… zł.**  **brutto** |

**Koszt badań psychotechnicznych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAPYTANIE OFERTOWE** | | |
| **Koszt badań dla 1 osoby**  **(a)** | **Ilość osób**  **(b)** | **Wynagrodzenie za całą usługę**  **(axb)** |
| **………………………………………… zł.**  **brutto** | **8 osób** | **………………………………………… zł.**  **brutto** |

**Koszt egzaminu przed komisją Urzędu Dozoru Technicznego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAPYTANIE OFERTOWE** | | |
| **Cena za egzamin dla 1 osoby**  **(a)** | **Ilość osób**  **(b)** | **Wynagrodzenie za całą usługę**  **(axb)** |
| **………………………………………… zł.**  **brutto** | **osób** | **………………………………………… zł.**  **brutto** |

Miejsce do zajęć teoretycznych będzie się odbywało:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
*(podać adres: miejscowość, ulica, nr lokalu)*

Miejsce do zajęć praktycznych będzie się odbywało:

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

*(podać adres: miejscowość, ulica, nr lokalu)*

………………………………………...… dn. \_ \_.\_ \_.2016r.

Miejscowość ……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

***Załącznik nr 2***

1. **ZAMAWIAJĄCY:**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich

ul. Szkolna 17  
41 — 100 Siemianowice Śląskie

1. **WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: .................................................  
Adres siedziby/ adres zamieszkania: .................................................  
Tel./fax.: .................................................

Adres e-mail: .................................................

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.p*** | ***Przedmiot usługi*** | ***Podmiot, na którego rzecz usługa była wykonana*** | ***Ilość godzin*** |
|  |  |  |  |

**Ponadto oświadczamy, że na żądanie Zamawiającego, przedstawimy referencje lub inne dokumenty potwierdzające ten fakt.**

………………………………………...… dn. \_ \_.\_ \_.2016r.

miejscowość

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy