**Załącznik nr 1 do oferty cenowej nr 5/RPO/ŚDS/SNR/2021/BK**

**w ramach projektu** „Mówimy NIE! niesamodzielności”

Imię i nazwisko: ………………………………………….…….

Adres: ……………………………….……………………………….

Numer telefonu: …………………………….………………….

Adres e-mail: …………………………….……………………….

**FORMULARZ OFERTOWY**

Ja niżej podpisany(a) ………………………………………………………………………………, w odpowiedzi na ogłoszenie naboru ofert na lekarza psychiatrę w ramach projektu pn. „Mówimy NIE! niesamodzielności”

oferuję wykonanie przedmiotowego zamówienia na kwotę:

……………………………………. zł (słownie złotych…………………………………………………………………………….)   
**brutto** za jedną godzinę.

**Składając ofertę oświadczam, że:**

Zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego, spełniam warunki w nim zapisane i nie wnoszę  
 do jego zapisów żadnych zastrzeżeń.

Na każde wezwanie zamawiającego jestem w stanie przedstawić dokumenty potwierdzające moje wykształcenie oraz doświadczenie zawodowe.

……………………………………………………..

Czytelny podpis Wykonawcy