Załącznik nr 1

FKA.332.05.2018.JH

**FORMULARZ OFERTY**

1. **Nazwa i adres Zamawiającego:** Powiat Szczecinecki – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek.
2. **Opis przedmiotu zamówienia:** Świadczenie usług psychologa w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.
3. **Nazwa i adres Oferenta:**

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

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

NIP/PESEL……..…………………………………………………………………………

Nr telefonu-faksu……..…………………………………………………………………………

Adres e-mail……………………………………………………………………………………..

Numer telefonu kontaktowego ………………………………………………………………….

1. **Oferuję wykonanie zadań w zakresie świadczenia usług psychologa w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku** zgodnie z warunkami podanymi   
   w ogłoszeniu o przetargu oraz szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia opisanym   
   we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 9 do ogłoszenia o przetargu - z dnia 28.11.2018r. za cenę:
2. **CZĘŚĆ I:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Jednostka miary** | **Cena brutto\*** | **Słownie cena brutto** |
| 1. | **Psycholog - PRZEPROWADZANIE OCEN SYTUACJI DZIECI UMIESZCZONYCH W RODZINACH ZASTĘPCZYCH ORAZ**  **W RODZINNYCH DOMACH DZIECKA;** | Przeprowadzenie oceny sytuacji jednego dziecka |  |  |

1. **CZĘŚĆ II:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Jednostka miary** | **Cena brutto\*** | **Słownie cena brutto** |
| 1. | **Psycholog –**  **ZAPEWNIENIE BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH KANDYDATOM DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ LUB PROWADZENIA RODZINNEGO DOMU DZIECKA ORAZ FUNKCJONUJĄCYM RODZINOM ZASTĘPCZYM I OSOBOM PROWADZĄCYM RODZINNE DOMY DZIECKA.** | Godzina pracy  z klientem |  |  |

1. **CZĘŚĆ III:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Jednostka miary** | **Cena brutto\*** | **Słownie cena brutto** |
| 1. | **Psycholog –**  **PROWADZENIE PORADNICTWA I TERAPII RODZINNEJ**  **W RAMACH DZIAŁALNOŚCI PCPR** | Godzina poradnictwa/ terapii  (60 min) |  |  |

1. **CZĘŚĆ IV:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Jednostka miary** | **Cena brutto\*** | **Słownie cena brutto** |
| 1. | **Psycholog –**  **PROWADZENIE PORADNICTWA I TERAPII W RAMACH INTERWENCJI KRYZYSOWEJ** | Godzina poradnictwa/ terapii  (60 min) |  |  |

1. Cena brutto wymieniona w ust. 1 zawiera wszystkie koszty związane   
   z realizacją zadania niezbędne do jego wykonania w tym między innymi (podatek VAT lub w przypadku osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej wszelkie zaplanowane oraz niezaplanowane, a wynikające z obowiązujących przepisów podatki oraz składki ZUS ponoszone przez Zamawiającego oraz Wykonawcę, oraz ewentualny koszt dojazdu do klienta.
2. Jako podstawę rozliczenia przyjmuje się cenę jednostkową brutto zgodnie z ceną przedstawioną w ofercie Wykonawcy.
3. **Deklaruję ponadto:**
4. Wykonywanie usługi w terminie od dnia 01 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r.
5. Gotowość do podjęcia wykonania usługi w nienormowanych godzinach pracy, po wcześniejszym uzgodnieniu terminów oraz czasu z Zamawiającym.
6. **Oświadczam, że:**
7. Posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
8. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny do wykonania zamówienia;
9. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

……………………………… ……………………………….

Miejscowość, data Podpis oferenta lub osoby przez niego upoważnionej