*Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego – wzór Formularza Oferty.*

**OFERTA**

**dotycząca wyboru psychologa**

finansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w oparciu o projekt

*„Otwórz się na zmianę z AlterCIS”*

realizowany w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

**Nr postępowania: 01/2017/ZO/AlterCIS**

* 1. **ZAMAWIAJĄCY:**

Stowarzyszenie ADELFI

ul. Armii Krajowej 6/9

19-300 Ełk

NIP: 848-176-49-55

* 1. **WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko / nazwa firmy |  |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu: |  |
| Adres: |  |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| NIP: |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem się w sposób wystarczający i konieczny ze szczegółowym zakresem zamówienia zawartymi w Zapytaniu Ofertowym oraz wszystkimi informacjami niezbędnymi do zrealizowania zamówienia.
2. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania.
3. Oświadczam, że moja sytuacja finansowa umożliwia wykonanie zamówienia zgodnie   
   z wymogami Zapytania Ofertowego.

Wynagrodzenie za wykonanie 1 godziny zegarowej usługi x 80 godzin w miesiącu wynosi: ……………….........................………..........…brutto (słownie……………………………………………………………...........…………………………………………………………………….)

1. Akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy stanowiący Załącznik nr 2 do Zapytania.
2. W przypadku udzielenia mi zamówienia zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego;
3. Oświadczam, że zapoznałem się w sposób wystarczający i konieczny ze szczegółowym zakresem zamówienia zawartymi w Zapytaniu Ofertowym oraz wszystkimi informacjami niezbędnymi do zrealizowania zamówienia. Nieznajomość powyższego stanu nie może być przyczyną dodatkowych roszczeń finansowych.
4. Załącznikami do niniejszej oferty są:

CV – według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego

Kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie oraz doświadczenie zawodowe w pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym i zawodowym;

oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym;

………………………., dnia………………… …………………………………………………

*(czytelny podpis)*