

**Formularz wyceny**

**świadczenia usług opiekuna medycznego dla osób
z niepełnosprawnością – mieszkańców mieszkań wspieranych
i treningowych – uczestników projektu Centrum Usług Środowiskowych – „Razem łatwiej”**

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

Lider projektu: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieruszowie

**Nazwa Zamawiającego: Stowarzyszenie Integracyjne „Klub Otwartych Serc” w Wieruszowie, ul. Marianów 7, 98-400 Wieruszów**

**Szacuję świadczenie usług opiekuna medycznego zgodnie z wymaganiami zawartymi w zapytaniu ofertowym za cenę w wysokości:**

**za 1 godzinę brutto …………………………… zł;**

**Podana cena uwzględnia wszystkie koszty usługi (łącznie z kosztami ZUS leżącymi po stronie Zamawiającego)**

 (miejscowość i data) (podpis /pieczątka imienna z parafą osoby składającej szacunek)

 ……………………………..……………………………………………………….

(nazwa jednostki lub imię i nazwisko osoby składającej szacunek oraz adres)