……………………………………………

Imię i nazwisko / Nazwa firmy/organizacji

…………………………………………

Adres

……………………,

Dnia

**FORMULARZ OFERTOWY ZAMAWIAJĄCY**

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych Przystań ul. Żeromskiego 1  97-400 Bełchatów NIP 769-19-86-704 REGON 592184317

Odpowiadając na zapytanie ofertowe – przedmiot zamówienia transport osób sprawnych i osób z niepełnosprawnością w ramach działań w projekcie „**CUS ”**dla powiatu bełchatowskiego - projekt realizowany przez Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych Przystań w Partnerstwie współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach „Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa łódzkiego na lata 2014-2020”.Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne Działanie IX. 2.Usługi na rzecz zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym Poddziałania IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne.

**SKŁADAM OFERTĘ NA WYKONANIE ZAMÓWIENIA**

Wykonawca:……………………………………………………………………... Adres:……………………………………………………………………………..

Tel. ………………………………………………………………………………..

E-mail……………………………………………………………….……………..

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

Cena za wykonanie usługi: Cena brutto za 1 km trasy ……………………..(……………………

…………………………….PLN słownie)

Czytelny podpis Wykonawcy