

Załącznik nr 1 do zapytania cenowego

..... dnia .....

.....  
(nazwa, pieczęć wykonawcy)

Ośrodek Pomocy Społecznej  
Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy  
ul. Fałęcka 10  
02-547 Warszawa

**OFERTA WYKONAWCY**  
**w związku z zapytaniem cenowym Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy**  
**z dnia .....**

**Nazwa wykonawcy:**

.....  
**Adres/siedziba wykonawcy:**

.....  
**Telefon, faks, e-mail wykonawcy:**

.....  
**NIP** ..... **REGON** .....

l.p.	Przedmiot zamówienia	cena			Wartość brutto
		Cena netto za 1 godz. zegarową	vat	Cena brutto za 1 godz. zegarową	
1	Realizacja usługi, polegającej na przeprowadzeniu cyklu Superwizji dla pracowników Działu Pomocy Specjalistycznej w 2024 roku				Cena brutto x 32 godziny zegarowe = ..... zł

W cenę brutto zostały wliczone wszystkie koszty wykonania zamówienia.

.....  
(podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej)