SDD/PR/TCM/ZO/3/2017 Załącznik nr 1

………………………………………..

………………………………………. ………………………………………..

 miejscowość, data

……………………………………….

Nazwa, adres Wykonawcy

**Specjalistyczne usługi psychologiczne dla Uczestników Projektu pn.: „Trening czyni mistrza”, zamieszkałych w Mieszkaniach treningowych w Nowej Sarzynie i Woli Zarczyckiej.**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe w ramach projektu „Trening czyni mistrza” współfinasowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. Nazwa wykonawcy.

|  |
| --- |
|  |

2. Adres siedziby wykonawcy / adres do korespondencji

|  |
| --- |
|  |

3. E- mail / telefon

|  |
| --- |
|  |

4. Wynagrodzenie brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia wynosi:

|  |  |
| --- | --- |
| Usługi psychologiczne | Stawka godzinowa ……………. zł.Słownie: ……………………………………………………………………… zł |

 ……............…………….…………………………………..

 podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy