|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA WYKONAWCY/ÓW** |  |
| **ADRES WYKONAWCY/ÓW** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Tel.** |  |
| **E-mail** |  |

**Szacuję, że wykonanie przedmiotu zamówienia będzie wynosić:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Średnia ilość godzin miesięcznie** | **Maksymalna liczba godzin rocznie** | **Szacowana wartość****netto PLN** |
| **Usługi opiekuńcze** |  **9.500 h** | **114.000 h** | **……………….…..** |
| **Specjalistyczne usługi opiekuńcze** | **200 h** | **2.400 h** | **………………...…** |
| **Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi** | **120 h** | **1.440 h** | **.…….....………….** |
| **RAZEM****suma usług opiekuńczych** | **..…………...……..** |

**.......................................... dnia .......................**

 **(miejscowość) (data)**

 **…….……………………...**

 **(podpis i pieczęć Wykonawcy)**