Załącznik
do Specyfikacji zapytania ofertowego

**F o r m u l a r z c e n o w y**

Znak: CUW.271.4.2024

………………………………………..
 oferent

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa pakietu i wyszczególnienie** | **Zajęcia do realizacji** | **j.m.** | **Ilość godzin w tygodniu** | **Liczba tygodni realizacji usług** | **Łączna ilość godzin usług** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość****brutto** |
| **Pakiet 1** | 4-letnia dziewczynka (Zespół Aspergera) | Trening umiejętności społecznych | **godz.** | **5** | **44** | **220** |  |  |  |
| **Pakiet 2** | 8 – letni chłopiec (autyzm atopowy) | Terapia pedagogiczna | **godz.** | **5** | **44** | **220** |  |  |  |
| **Pakiet 3** | 5 – letnia dziewczynka(autyzm dziecięcy) | Zajęcia terapeutyczne | **godz.** | **5** | **44** | **220** |  |  |  |
| **Pakiet 4** | 8 – letni chłopiec(autyzm atopowy) | Zajęcia pedagogiczne | **godz.** | **5** | **44** | **220** |  |  |  |
| **Pakiet 5** | 10-letni chłopiec (autyzm dziecięcy) | Zajęcia terapeutyczne | **godz.** | **5** | **44** | **220** |  |  |  |
| **Pakiet 6** | 8-letnia dziewczynka (torbiel wewnątrzkanałowa, zewnątrzrdzeniowa, niedorozwój nerwów wzrokowych obu oczu) | Terapia pedagogiczna  | **godz.** | **5** | **44** | **220** |  |  |  |
| **Pakiet 7** | 4-letni chłopiec (autyzm dziecięcy) | Terapia logopedyczna  | **godz.** | **5** | **44** | **220** |  |  |  |
| **Pakiet 8** | 4-letnia dziewczynka(FAS) | Zajęcia pedagogiczne  | **godz.** | **5** | **44** | **220** |  |  |  |

…………………………………….
podpis osoby upoważnionej