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