**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ SZACUNKOWY WYCENY ŚWIADCZENIA USŁUG METODYKA DS. KOMPETENCJI**

w ramach projektu „Trening orientacji przestrzennej dla osób niewidomych i słabowidzących (TOPON)”, realizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), działanie 4.3.

1. **Nazwa i adres Wykonawcy:**
2. **E-mail:**
3. **Telefon:**

| **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **CENA NETTO ZA 1 GODZINĘ – W ZŁ** | **LICZBA GODZIN** | **CENA NETTO ZA USŁUGĘ – W ZŁ  (Kol 3 x Kol4)** | **CENA BRUTTO ZA USŁUGĘ – W ZŁ  (kol 4 x stawka VAT) jeśli dotyczy** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kol 1** | **Kol 2** | **Kol 3** | **Kol 4** | **Kol 5** |
| Świadczenie usług metodyka ds. kompetencji **ZADANIE 1** |  | 50 |  |  |
| Świadczenie usług metodyka ds. kompetencji **ZADANIE 3** |  | 30 |  |  |

……………………………………………………………………………..

Data i podpis Wykonawcy