



.....
imie i nazwisko/nazwa firmy

**DZIENNY DOM POMOCY
W OŚWIĘCIMIU**

.....
adres

**ul.Czecha 8
32-600 Oświęcim**

**OFERTA NA PROWADZENIE KONSULTACJI LEKARSKICH W 2019
w ramach projektu pt. „Zwiększenie dostępności i jakości oferty pomocy
dla osób starszych poprzez rozwój działań oraz adaptację i dostosowanie infrastruktury
Dziennego Domu Pomocy w Oświęcimiu.”**

miejsce prowadzenia konsultacji:

Dzienny Dom Pomocy w Oświęcimiu, ul. Czecha 8 , 32-600 Oświęcim
od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00-14.00

wymiar:

średnio 2 godziny miesięcznie

zakres konsultacji:

Odbiorcą konsultacji będą seniorzy -uczestnicy Dziennego Domu Pomocy i ich rodziny oraz zespół terapeutyczny - Zespół Konsultacyjny
W ramach konsultacji wymagane jest prowadzenie ustalonej dokumentacji.

Oferta cenowa obejmująca wszelkie koszty związane z realizacją konsultacji wynosi :

.....zł. brutto/ 1 godzinę

(słownie:)

.....
podpis/pieczęć osoby składającej ofertę