**Załącznik Nr 1
do Ogłoszenia
o zamówieniu
nr ZP.EFS.ZO.4.2020**

.............................................................

 (pieczęć firmowa Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa Wykonawcy**.....................................................................................................................

**Adres Wykonawcy**......................................................................................................................

 (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, województwo)

Tel. .......................... Fax. ......................... NIP .............……….... REGON ............................

Nawiązując do **ogłoszenia o zamówieniu nr ZP.EFS.ZO.4.2020 z dnia 17.07.2020 r.**na wykonanie usługi pod nazwą: „przeprowadzenie i zorganizowanie 9 dniowego wyjazdu rehabilitacyjnego - szkoleniowego dla uczestników projektu pn. „Inwestycja w człowieka środkiem do osiągnięcia efektów społecznych” oferuję wykonanie w/w przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem i postanowieniami określonymi w niniejszym Zapytaniu za cenę:

**brutto ........................................................zł.**

 (słownie:........................................................................................................................ zł)

w tym należny podatek VAT ...............%

Termin realizacji przedmiotu zamówienia: ……………………………………………………

Miejscem wykonania zamówienia jest …………………………………………………………. *(nazwa oraz adres ośrodka, w którym realizowany będzie turnus)*, który posiada wpis
do rejestru ośrodków nr ………………… *(nr wpisu do rejestru ośrodków)* prowadzony przez ……………………………… .

**OFERUJĘ\* / OFERUJEMY\* wykonanie przedmiotu zamówienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Turnus rehabilitacyjny** | **Wynagrodzenie brutto za 1 uczestnika turnusu** | **Maksymalna liczba uczestników****/opiekunów** | **Wartość wynagrodzenia ogółem brutto****Kol. 3x4** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| **1.** | **Uczestnik wyjazdu reh. – szk. – osoba niepełnosprawna** |  | **19** |  |
| **2.** | **Opiekun ON** |  | **8** |  |
| **3.** | **Dziecko** |  | **3** |  |
|  **RAZEM** |  | **29** |  |

**łączny koszt całego zamówienia wynosi** …………………………………………………zł brutto (słownie.............................................................................................................................)

Cena zawiera kompletny zakres usług określonych w Zapytaniu ofertowym i zostanie ustalona na okres ważności umowy.

Warunki płatności: zgodnie ze wzorem umowy.

**Oświadczam, że:**

1. Posiadam wymagane doświadczenie, wiedzę, potencjał techniczny oraz kadrę do zorganizowania i przeprowadzenia wyjazdu rehabilitacyjno – szkoleniowego dla rodzin zastępczych będących przedmiotem Ogłoszenia o zamówieniu nr ZP.EFS.ZO.4.2020.

2. Zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty oraz podpiszę umowę na warunkach określonych w załączniku Nr 3 do Ogłoszenia o zamówieniu nr ZP.EFS.ZO.4.2020.

3. Przedmiot oferty jest zgodny z przedmiotem zamówienia.

4. Posiadam wpis do instytucji szkoleniowych, rejestru organizatorów turnusów ważny na 2020 r. jak również wszelkie niezbędne określone przepisami prawa uprawnienia do wykonania niniejszego przedmiotu zamówienia.

5. Nie zalegam z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenia społeczne oraz nie jestem w stanie upadłości ani likwidacji.

6. Załączam do niniejszej oferty aktualny wpis do KRS/działalności gospodarczej\*

1. Wypełniłem/nie wypełniłem\* obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). ) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. W realizacji zamówienia **zatrudniona zostanie/nie zostanie minimum 1 osoba niepełnosprawna**, która będzie bezpośrednio powiązana z realizacją zamówienia. Zatrudniona osoba niepełnosprawna wykonywać będzie następujące czynności związane z realizacją zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\* Oświadczenie dotyczy wszystkich podwykonawców

............................................... ..................................................................

(miejscowość i data ) (podpis i pieczęć wykonawcy/osoby/osób/

 uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

 \* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik Nr 2
do Ogłoszenia
o zamówieniu
nr ZP.EFS.ZO.4.2020**

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

**W ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DO WYKAZANIA SPEŁNIANIA WARUNKU**

**WIEDZY I DOŚWIADCZENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA****opis przedmiotu zamówienia****(wykonanych usług)** | * + - 1. **DATA WYKONANIA**
			2. **(data rozpoczęcia i zakończenia)**
 | **WARTOŚĆ****USŁUGI** | **MIEJSCE WYKONANIA** | * + - 1. **PODMIOT na rzecz, którego usługa została wykonana**
 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

**Do niniejszego Wykazu dołączamy referencje lub inne dokumenty potwierdzające, że wskazane i opisane wyżej usługi zostały wykonane należycie.**

**................................................. ....................................................**

(miejscowość i data ) (podpis i pieczęć osoby/osób/ uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)