Załącznik nr 1 – Formularz oferty

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** | |
| **Fundacja Pomoc Maltańska - Maltańska Służba Medyczna, 40-042 Katowice, ul. Wita Stwosza 11** | |
| **WYKONAWCA** | |
| Nazwa Wykonawcy: ...……………………………………………………………………………………………………………………………..……….  Adres Wykonawcy: ………………………………………………………………….…………………………………………………………………..…..  NIP\*: …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………….…  REGON\*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…  KRS\*: …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………….……….  Numer telefonu Wykonawcy: …………………………………………………………..…………………………………………………………..….  Adres e-mail Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………………..…  \* jeśli dotyczy | |
| **INFORMACJE** | |
| Jako uprawniony do reprezentowania Wykonawcy, w związku z ogłoszonym postępowaniem  na usługę pn.„TRANFORMACJA JEST KOBIETĄ – DZIAŁANIA EDUKACYJNE DLA KOBIET”, w ramach projektu pn. „SILESIAN GREEN POWER” w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027 (Fundusz na rzecz Sprawiedliwej Transformacji), Priorytet: FESL.10.00 - Fundusze Europejskie na transformację, Działanie: FESL.10.24 - Włączenie społeczne - wzmocnienie procesu sprawiedliwej transformacji, oświadczam, że:   1. Zapoznałem/am się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń. 2. Do oferty dołączam uzupełniony oraz podpisany niniejszy załącznik, tj. Załącznik nr 1. 3. Uważam się za związanego/ną niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert. 4. Zobowiązuję się zrealizować przedmiot zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi  w przedmiotowym postępowaniu zgodnie ze złożoną ofertą. 5. W przypadku wyboru mojej oferty uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez cały okres jej trwania. | |
| **KLAUZULA RODO** | |
| Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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.U.UE.L.2016.119.1) (zwanego dalej „RODO”) informuję, iż:  - Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Pomoc Maltańska – Maltańska Służba Medyczna z  siedzibą w Katowicach 40-042, ul. Wita Stwosza 11, telefon +48 575-995-737, e-mail: biuro.msm@zakonmaltanski.pl, zwany dalej Fundacją.  - Wyznaczyliśmy Pełnomocnika ds. danych osobowych, z którym można się skontaktować w przypadku Jakichkolwiek pytań lub uwag dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych i praw przysługujących Pani/Panu na mocy przepisów o ochronie danych osobowych. Dane kontaktowe: e-mail: daneosobowe@zakonmaltanski.pl, adres pocztowy: Fundacja Pomoc Maltańska – Maltańska Służba Medyczna,  40 -042 Katowice ul. Wita Stwosza 11.  - Fundacja może przetwarzać Pani/ Pana dane osobowe w celach:  · zawarcia i wykonania umowy – w myśl art. 6 ust. 1 lit. b) RODO;  · związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – w celu wypełnienia obowiązku prawnego w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;  · ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych w myśl art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.  · archiwalnych – w celu wypełnienia obowiązku prawnego w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 5 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.  - Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione:  · dostawcom usług technicznych i organizacyjnych dla Fundacji (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych);  · podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.  - Fundacja nie planuje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do odbiorców zlokalizowanych poza  Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje Unii Europejskiej oraz kraje związane umową międzynarodową ze  Związkiem Polskich Kawalerów Maltańskich) i organizacji międzynarodowych.  - Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany przez odpowiednie przepisy prawa  w zakresie przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej lub przez okres przedawnienia roszczeń  określony w przepisach prawa.  - Przysługuje Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo sprostowania danych nieprawidłowych i uzupełniania danych niekompletnych oraz prawo do ograniczenia przetwarzania.  - Przysługuje Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.  - Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celach związanych z zawarciem i realizacją umowy.  - Nie będzie Pani/Pan podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka). Pani /Pana dane osobowe nie będą również wykorzystywane do profilowania. | |
| **KRYTERIA OCENY OFERTY CZĘŚĆ 1** | |
| **Cena BRUTTO** jednej aktywności tj. spotkania/warsztatu/prelekcji trwającej 4 godziny dydaktyczne  z zapewnieniem niezbędnych materiałów: **……………. PLN (słownie: …………………………………………………………….).** | |
| **Termin realizacji usługi\*:**   1. realizacja aktywności w ciągu 1 - 2 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi 2. realizacja aktywności w ciągu 3 - 4 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi 3. realizacja aktywności w ciągu 5 - 6 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi 4. realizacja aktywności w ciągu 7 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi   **\*zaznacz właściwe** | |
| **Ilość osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia\*:**   1. 4 i więcej osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia 2. 3 osoby skierowane do realizacji przedmiotu zamówienia 3. 2 osoby skierowane do realizacji przedmiotu zamówienia 4. 1 osoba skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia   **\*zaznacz właściwe**  **Poniżej przedstawiam imię i nazwisko osoby/osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia:**         Każda ze wskazanych osób spełnia łącznie warunki udziału w postępowaniu i na potwierdzenie przedstawiam dokumenty poświadczające zgodnie z treścią postępowania (m.in. zaświadczenia, certyfikaty, dyplomy) tj.:   * posiada co najmniej 5 lat doświadczenia w realizacji tożsamego wsparcia; * posiada wykształcenie wyższe kierunkowe. | |
| **KRYTERIA OCENY OFERTY CZĘŚĆ 2** | |
| **Cena BRUTTO szkolenia dla jednej osoby z zapewnieniem niezbędnych materiałów oraz dwudaniowego posiłku dla każdej uczestniczki w każdym dniu szkolenia**:……………. PLN (słownie:………..…………………………..). | |
| **Termin realizacji usługi\*:**   1. realizacja szkolenia w ciągu 1 - 2 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi 2. realizacja szkolenia w ciągu 3 - 4 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi 3. realizacja szkolenia w ciągu 5 - 6 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi 4. realizacja szkolenia w ciągu 7 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi   **\*zaznacz właściwe** | |
| **Ilość osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia:**   1. 4 i więcej osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia 2. 3 osoby skierowane do realizacji przedmiotu zamówienia 3. 2 osoby skierowane do realizacji przedmiotu zamówienia 4. 1 osoba skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia   **\*zaznacz właściwe**  **Poniżej przedstawiam imię i nazwisko osoby/osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia:**         Każda ze wskazanych osób spełnia łącznie warunki udziału w postępowaniu i na potwierdzenie przedstawiam dokumenty poświadczające zgodnie z treścią postępowania (m.in. zaświadczenia, certyfikaty, dyplomy) tj.:   * posiada co najmniej 5 lat doświadczenia w realizacji tożsamego wsparcia; * posiada wykształcenie wyższe kierunkowe. | |
| **KRYTERIA OCENY OFERTY CZĘŚĆ 3** | |
| **Cena BRUTTO szkolenia dla jednej osoby z zapewnieniem niezbędnych materiałów oraz dwudaniowego posiłku dla każdej uczestniczki w każdym dniu szkolenia**:……………. PLN (słownie:………..…………………………..). | |
| **Termin realizacji usługi\*:**   1. realizacja szkolenia w ciągu 1 - 2 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi 2. realizacja szkolenia w ciągu 3 - 4 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi 3. realizacja szkolenia w ciągu 5 - 6 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi 4. realizacja szkolenia w ciągu 7 dni kalendarzowych od otrzymania informacji od Zamawiającego o potrzebie realizacji usługi   **\*zaznacz właściwe** | |
| **Ilość osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia:**   1. 4 i więcej osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia 2. 3 osoby skierowane do realizacji przedmiotu zamówienia 3. 2 osoby skierowane do realizacji przedmiotu zamówienia 4. 1 osoba skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia   **\*zaznacz właściwe**  **Poniżej przedstawiam imię i nazwisko osoby/osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia:**         Każda ze wskazanych osób spełnia łącznie warunki udziału w postępowaniu i na potwierdzenie przedstawiam dokumenty poświadczające zgodnie z treścią postępowania (m.in. zaświadczenia, certyfikaty, dyplomy) tj.:   * posiada co najmniej 5 lat doświadczenia w realizacji tożsamego wsparcia; * posiada wykształcenie wyższe kierunkowe. | |
| **Załączniki:** | |
| **Podpis Wykonawcy,**  **miejscowość i data** |  |