Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

**Numer zamówienia:** **3/CAPP/2025**

**FORMULARZ OFERTOWY Z WYKAZEM OSÓB**

**Dotyczy** **usług Trenera Aktywności dla osób z niepełnosprawnością w ramach projektu „Centrum Asystentury w powiecie polkowickim” .**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane Wykonawcy** | |
| Nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres Wykonawcy: |  |
| Nr telefonu, fax: |  |
| NIP: |  |
| e-mail: |  |
| Osoba do kontaktu: |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe ja/my niżej podpisana/y/ni niniejszym oświadczam/y, co następuje:

Oferuję/-my wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami i wymaganiami określonymi przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym.

Spełniam/-y wymagane przez Zamawiającego warunki udziału w postępowaniu oraz zobowiązuję/-emy się do przedstawienia na wezwanie oświadczeń i dokumentów potwierdzających spełnienie tych warunków.

1. Potwierdzam/-y, że cena podana w ofercie uwzględnia wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. Potwierdzam/-y, że zapoznałem/-am/-liśmy się z treścią zapytania ofertowego, przyjmujemy warunki w nim zawarte i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam/-y, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i prawdziwe.
4. Oświadczam/-y, że zobowiązujemy się do zawarcia umowy z Zamawiającym według wzoru przedłożonego przez Zamawiającego, w miejscu i czasie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam/-y, że uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym.
6. Oświadczam/-y, że zapoznałem/-am/-liśmy się z treścią klauzul informacyjnych, zawartych w pkcie XV niniejszego zapytania.
7. Oświadczam/-y, że wypełniłem/-am/-liśmy oraz zobowiązuję/-my się w przyszłości wypełniać obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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, zwane RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w przedmiotowym postępowaniu.
8. Załączam/-y wymagane załączniki.
9. Oferuję/-emy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z cenami wskazanymi w poniższej/ych części/ach.

……………………………………………………………

data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Dotyczy:**  **usługi trenera aktywności (TA) łącznie 1536 godzin do zrealizowania dla śr. 8** **osób z niepełnosprawnościami (po śr.4 OzN na 1 TA – 768 godzin na 1 TA)** zamieszkałych na terenie powiatu polkowickiego w okresie od dnia podpisania umowy do 31.08.2026r. w ramach projektu „Centrum Asystentury w powiecie polkowickim” nr projektu: FEDS.07.07-IP.02-0076/23.

**Uwaga!** Wykonawca może złożyć jedną ofertę na jedną lub dwie części zapytania ofertowego, przy czym na każdą z części zamówienia musi zostać wskazana z imienia i nazwiska inna osoba

**CZĘŚĆ I – oferta cenowa i wykaz osób**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maksymalna ilość godzin odpłatnej pracy Wykonawcy** | **Cena jednostkowa brutto**  **za godzinę zegarową**  **wykonania zamówienia (w tym ew. składki ZUS, podatki itp.)** | **Razem wartość brutto** (kolumna 1 x kolumna 3) |
| 1 | 2 | 3 |
| 768 godz. | ……………….…………………zł | ……..…………………….. zł |
| **Słownie kolumna 3** | ……………………………………………………………………………………………………………….. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby wskazanej do realizacji zadania** | **Doświadczenie zawodowe** | **Wykształcenie/kursy** | **Osoba z niepełnosprawnością** |
|  |  |  | **tak**  **nie** |

**CZĘŚĆ II - oferta cenowa i wykaz osób**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maksymalna ilość godzin odpłatnej pracy Wykonawcy** | **Cena jednostkowa brutto**  **za godzinę zegarową**  **wykonania zamówienia (w tym ew. składki ZUS, podatki itp.)** | **Razem wartość brutto** (kolumna 1 x kolumna 3) |
| 1 | 2 | 3 |
| 768 godz. | ……………….…………………zł | ……..…………………….. zł |
| **Słownie kolumna 3** | ……………………………………………………………………………………………………………….. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby wskazanej do realizacji zadania** | **Doświadczenie zawodowe** | **Wykształcenie/kursy** | **Osoba z niepełnosprawnością** |
|  |  |  | **tak**  **nie** |

……………………………………………………………

data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

**Numer zamówienia: 3/CAPP/2025**

**OŚWIADCZENIE**

**o braku powiązań kapitałowych i osobowych**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia **usługi trenera aktywności (TA) łącznie 1536 godzin do zrealizowania dla śr. 8** **osób z niepełnosprawnościami (po śr.4 OzN na 1 TA – 768 godzin na 1 TA)** zamieszkałych na terenie powiatu polkowickiego w okresie od dnia podpisania umowy do 31.08.2026r. w ramach projektu „Centrum Asystentury w powiecie polkowickim” nr projektu: FEDS.07.07-IP.02-0076/23.

w ramach projektu „Centrum Asystentury w powiecie polkowickim” nr projektu: FEDS.07.07-IP.02-0076/23 oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie jest powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo, przyjmując, iż przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, lub związaniu z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli albo pozostawaniu we wspólnym pożyciu z wykonawcą, jego zastępcą prawnym lub członkami organów zarządzających lub organów nadzorczych wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia,
5. pozostawaniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że istnieje uzasadniona wątpliwość co do ich bezstronności lub niezależności w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

……………………………………………………………

data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

**Numer zamówienia: 3/CAPP/2025**

**OŚWIADCZENIE**

**uwzględniające przesłanki wykluczenia na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego oraz na podstawie art. 5k Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r.**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia **usługi trenera aktywności (TA) łącznie 156 godzin do zrelizowania dla śr. 8** **osób z niepełnosprawnościami (po śr.4 OzN na 1 TA – 768 godzin na 1 TA)** zamieszkałych na terenie powiatu polkowickiego w okresie od dnia podpisania umowy do 31.08.2026r. w ramach projektu „Centrum Asystentury w powiecie polkowickim” nr projektu: FEDS.07.07-IP.02-0076/23.

oświadczam, że w stosunku do podmiotu, który reprezentuję, nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie:

* art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego,
* art. 5k Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 roku dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

……………………………………………………………

data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego

**Numer zamówienia: 3/CAPP/2025**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ASPEKTÓW SPOŁECZNYCH**

**„Centrum Asystentury w powiecie polkowickim”  FEDS.07.07-IP.02-0076/23**

Oświadczam, że osoba wskazana w Załączniku 1 do zapytania ofertowego jako osoba wykonująca przedmiot zamówienia posiada status osoby z niepełnosprawnością (aktualne orzeczenie o niepełnosprawności) w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby wskazanej do realizacji zadania** | **Osoba z niepełnosprawnością** |
| ………………………………………………………………… | **tak nie** |
| ………………………………………………………………… | **tak nie** |

……………………………………………………………

data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy