Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr 5/EFS/2020/65+

**Formularz ofertowy**

**1.** Dane Wykonawcy przedmiotu Zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………

/imię i nazwisko Wykonawcy; data urodzenia /

lub

/pełna nazwa Wykonawcy; adres Siedziby; NIP; REGON/

Adres do korespondencji:………………………………………………………………………………………………………………………….………………

lub / i

Telefon kontaktowy: ………………………………………………….…………………………………………………………………………….………………

Adres e-mail: …………………………………………………………..……………………………………………………………………………….………………

**2.**Kalkulacja cenowa Wykonawcy za realizację przedmiotu Zamówienia obejmuje: **koszt usługi szkoleniowej
z zakresu fizjoterapii / rehabilitacji w warunkach domowych osób niesamodzielnych dla opiekunów**

w terminie i na zasadach określonych w Zapytaniu ofertowym nr: 5/EFS/2020/65+ w ramach projektu pn.: **„Indywidualny i kompleksowy program zdrowotny dla osób niesamodzielnych 65+”:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres** | Cena brutto za 1 godzinę zegarową\*:cyfrą w zł (0,00) | Liczba godz. | Ogółem(cena brutto za 1 godzinę x liczba godz.) |
|  | **Usługa szkoleniowa zakresu fizjoterapii / rehabilitacji w warunkach domowych** |  | 108 |  |
| **SUMA** |  |  |  |

**Słownie cena ogółem brutto** …………………………………………………………………………………………………………………………….………..

**\* -** Cena podana w ofercie winna obejmować wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia oraz warunkami stawianymi przez Zamawiającego w treści Zapytania ofertowego, w tym podatek VAT,

- Zamawiający z wynagrodzenia brutto Wykonawcy, w razie konieczności, potrąci zaliczkę na podatek dochodowy jak również składki ZUS wymagane zgodnie z obowiązującymi przepisami,

- Cena – zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku,

- Cena nie zawiera kosztów dojazdu do miejsca szkolenia (liczonego w 2 strony, od/do siedziby Zamawiającego i do/z miejsca szkolenia, najkrótszą drogą).

**3.** Oświadczam, iż zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

**4.** Oświadczam, iż:

- spełniam warunki udziału w postępowaniu,

- posiadam, wymagane przepisami prawa, uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych przedmiotem Zamówieniem,

**-** posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał organizacyjno-techniczny gwarantujący wykonanie Zamówienia,

**-** znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie Zamówienia,

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych,

- nie jestem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe,

- mój stan zdrowia pozwala na wykonanie usługi objętej przedmiotem Zamówienia,

- w przypadku przyznania Wykonawcy zamówienia, Wykonawca zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego,

- w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do wykonywania zamówienia za stawkę wynagrodzenia podanej w niniejszym formularzu,

- w przypadku wyboru mojej oferty wyrażam gotowość do realizacji wskazanych zadań w terminach i wymiarze godzinowym uzgadnianych każdorazowo z Zamawiającym,

- jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty, w której upływa termin składania ofert,

- moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS (Fundusz Spójności) oraz działań finansowych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta (Zamawiającego) i innych podmiotów, nie przekracza/nie przekroczy 276 godzin miesięcznie. Warunek ten spełnię w całym okresie realizacji usługi objętej przedmiotem Zamówienia,

- **prowadzę / nie prowadzę**\* **(\*niepotrzebne skreślić)** działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm.) w zakresie objętym przedmiotem oferty. W ramach realizacji zamówienia nie będę rozliczał/a się/ będę rozliczał/a się\* na podstawie faktury **(\*niepotrzebne skreślić)**.

1. Wyrażam zgodę na gromadzenie, wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Zapytania ofertowego w ramach Projektu pt. „**Indywidualny i kompleksowy program zdrowotny dla osób niesamodzielnych 65+”***-* zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/2017 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym *Formularzu ofertowym* są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

**7.** Załącznikami do niniejszego Formularza ofertowego stanowiącymi integralną część oferty są:

1. kopie dokumentów poświadczających wykształcenie i kwalifikacje: kopia dyplomu ukończenia studiów wyższych magisterskich na kierunku fizjoterapii oraz oświadczenie dotyczące posiadanego minimum 1-rocznego doświadczenia w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych lub niesamodzielnych w wieku powyżej 65 roku życia;
2. oryginał lub poświadczoną kopię stosownego pełnomocnictwa wystawionego przez osoby do tego upoważnione – w przypadku jeżeli osoba podpisująca ofertę nie jest wskazana wprost w powołanych dokumentach stwierdzających status prawny Wykonawcy (odpisu z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) **(\* skreślić jeśli nie dotyczy)**.

 ………………………………… …………………………………………………………...………………..

/Miejscowość, data/ /Podpis osoby upoważnionej do składania

 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOŚWIADCZENIA**

Oświadczam, iż posiadam następujące minimum 1 - roczne doświadczenie w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych lub niesamodzielnych w wieku powyżej 65 roku życia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej szkolenie | Nazwa i adres zakładu pracy / instytucji | Staż pracy (minimum 1 rok), w terminie od - do | Stosunek pracy (np. umowa o pracę, umowa zlecenie) |
|  |  |  |  |

 ………………………………… …………………………………………………………...………………..

/Miejscowość, data/ /Podpis osoby prowadzącej szkolenie/

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) Wykonawca **oświadczam, że** nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 ………………………………… …………………………………………………………...………………..

/Miejscowość, data/ /Podpis osoby upoważnionej do składania

 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/