**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego**

**OFERTA WYKONAWCY**

**Zamawiający:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Powiecie Warszawskim Zachodnim

ul. Poznańska 131A

05-850 Ożarów Mazowiecki

Faks: 22 733 72 51

**Wykonawca:**

Nazwa (firma)………………………………………………………………………………………………………………………

Siedziba……………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr. telefonu/ nr faksu…………………………………………………………………………………………………………..

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr NIP…………………………………………………………………………………………………………………………………..

W odpowiedzi na zaproszenie do udziału w rozpoznaniu rynku dotyczącym: oferty cenowej na wykonanie usługi zorganizowaniai przeprowadzenia siedmiodniowych, wyjazdowych
z zakresu treningu umiejętności i kompetencji psychospołecznych ora poradnictwa psychologicznego i zawodowego dla osób z niepełnosprawnościami, będących uczestnikami projektu, składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czynność | Liczba osób | Cena jednostkowa brutto (zł) | Cena całkowita brutto (zł) |
| A | B | D | E |
| Zorganizowaniei przeprowadzenie siedmiodniowych, wyjazdowych warsztatówz zakresu treningu umiejętności i kompetencji psychospołecznych ora poradnictwa psychologicznego i zawodowego dla osób z niepełnosprawnościami, będących uczestnikami projektu.  | 14 |  |  |

Cena całkowita brutto: ……………………………………… zł

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

1. Cena oferty zawiera wszystkie koszty niezbędne dla realizacji zamówienia.
2. Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia w terminie do dnia ……………………………
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę
do niego zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że posiadam pełne zaplecze techniczne niezbędne do realizacji zamówienia.
5. Oświadczam, że dysponuję osobami posiadającymi odpowiednie kwalifikacje niezbędne do wykonania zamówienia, zgodnie z wymogami określonymi w punkcie II zapytania ofertowego „Warunki udziału w postepowaniu”
6. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia na okres: *nie dotyczy*
7. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności w rozliczeniach z Zamawiającym.
8. Do oferty załączam następujące dokumenty stanowiące integralną część oferty:
9. Załącznik nr 1 do formularza oferty – Wykaz usług podobnych do przedmiotu zamówienia
10. Załącznik nr 2 do formularza oferty – Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia
11. Załącznik nr 3 do formularza oferty – Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych
12. Załącznik nr 4 do formularza oferty – Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postepowaniu.
13. Kopia uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności jeżeli przepisy oprawa nakładają obowiązek ich posiadania.
14. Informacja o ośrodku, w którym będą prowadzone warsztaty

n) ………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Data, miejscowość) Czytelny podpis osoby
 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 1 do Oferty Wykonawcy**

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

 *pieczęć Wykonawcy*

**WYKAZ USŁUG PODOBNYCH DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Wykonanych w okresie ostatnich 4 lat przed upływem terminu składania ofert**

*Wykaz usług wykonanych, zgodnie z warunkiem opisanym w pkt. II zapytania ofertowego*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot****usługi** | **Zamawiający nazwa, adres** | **Termin realizacji** |
| **Rozpoczęcie** | **Zakończenie** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **n ...** |  |  |  |  |

**UWAGA:**

**Do każdej z w/w usług należy dołączyć dokument (np. protokół odbioru lub rekomendacje bądź referencje) potwierdzający jej należyte wykonanie.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Data, miejscowość) Czytelny podpis osoby
 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do Oferty Wykonawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *pieczęć Wykonawcy*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

##### *Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji niezbędnych do wykonania zamówienia, wypełniony zgodnie z warunkiem opisanym w zapytaniu ofertowym w pkt. „Warunki udziału w postępowaniu”.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****trenera/opiekuna** | **Zakres wykonywanych czynności w ramach usługi** | **Posiadane wykształcenie\*** | **Opis dotychczasowego doświadczenia zawodowego (zakres tematyczny szkoleń/warsztatów, termin realizacji, opis grupy uczestników szkolenia** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| **1.** |  | Trener – trening umiejętności i kompetencji społecznych |  |  |
| **2.** |  | Trener – poradnictwo psychologiczne |  |  |
|  |  | Trener – poradnictwo zawodowe |  |  |
| **3.** |  | Opiekun |  |  |
| **n…** |  | Opiekun – posiadający wykształcenie medyczne |  |  |

**\* UWAGA! Na potwierdzenie posiadanego wykształcenia należy załączyć kopię dyplomu ukończenia studiów wyższych.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Data, miejscowość) Czytelny podpis osoby
 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 3 do Oferty Wykonawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *pieczęć Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH**

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że pomiędzy ………………………………..………………….,
a Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim,
ul. Poznańska 131A, 05-850 Ożarów Mazowiecki, NIP 527-221-88-91, reprezentowanym przez Dyrektora PCPR Panią Barbarę Gębalę, nie zachodzą powiązania kapitałowe
lub osobowe, odnoszące się do właściciela firmy lub osób upoważnionych do zaciągania zobowiązań w jego imieniu, lub osób wykonujących w jego imieniu czynności związane
z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, o których mowa
w części XII zapytania ofertowego z dnia 26.05.2017 r. polegające w szczególności na:

* 1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
	2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
	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 w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Data, miejscowość) Czytelny podpis osoby
 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 4 do Oferty Wykonawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *pieczęć Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące usługi zorganizowania
i przeprowadzenia siedmiodniowych, wyjazdowych warsztatów z zakresu treningu umiejętności i kompetencji psychospołecznych ora poradnictwa psychologicznego i dla osób z niepełnosprawnościami, będących uczestnikami projektu pn. „Lepsze jutro poprzez aktywność”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego, oświadczam, że:

1. Posiadam niezbędne uprawnienia do wykonania przedmiotowego zamówienia,

2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie,

3. Dysponuję niezbędnym potencjałem technicznym niezbędnymi do wykonania przedmiotu zamówienia,

4. Dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,

5. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na wykonanie zamówienia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data, miejscowość) Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy