**Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy**

**FORMULARZ OFERTOWY 2/WRPO/7.2.2/2019**

**(ROZEZNANIE RYNKU)**

DANE WYKONAWCY:

1. Imię i nazwisko/nazwa: ……….…………..….……….……………………………..............................

2. Adres: ...............………….…………………………………..……..…….……………………………...............

3. Tel./Fax.: ……………….………………………………..…………………………………….............................

4. E-mail: ……………………………………………….……….………………………………...............................

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 2/WRPO/7.2.2/2019 z dnia 20.03.2019 r., którego przedmiotem jest świadczenie usług logopedycznych w łącznym szacunkowym wymiarze do 500 godzin zegarowych dla osób niepełnosprawnych niesamodzielnych - uczestników projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego”, klientów Powiatowego Centrum Pomocy Społecznej w Trzciance w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 22.01.2021 r., oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot oferty** | **Cena brutto w PLN za 1 godzinę usługi \*** |
| Świadczenie usług logopedycznych dla uczestników projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego” w łącznym, szacunkowym wymiarze do 500 godzin zegarowych.  Zakres usług:   1. diagnozowanie logopedyczne uczestników projektu; 2. prowadzenie indywidualnej terapii logopedycznej z uczestnikami zmierzającej do rozwoju mowy, wywoływania mowy; 3. terapia w zakresie komunikacji społecznej i rozwój zachowań deficytowych z uwagi na stwierdzone niepełnosprawności.   Opis przedmiotu zamówienia wg Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):  80000000-4 Usługi edukacyjne i szkoleniowe |  |

**\* Kwota ta zawiera wszelkie publiczno-prawne obciążenia wynikające z zawartej umowy obciążające Zamawiającego jako płatnika.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że posiadam doświadczenie/imiennie wskazana osoba świadcząca usługi w imieniu Wykonawcy posiada doświadczenie w pracy na stanowisku logopedy, które najpóźniej w dniu podpisania umowy na realizację zamówienia potwierdzone zostanie kopiami umów o pracę, zakresu obowiązków, umów cywilnoprawnych, referencji, listów polecających zaświadczeń itp. Wymiar doświadczenia zawodowego:** | | |
| od 3 do 4 lat |  | Proszę postawić znak X we właściwym okienku, zgodnie z treścią oświadczenia Wykonawcy co do posiadanego doświadczenia. |
| od 4 lat do 6 lat |  |
| powyżej 6 lat |  |

Oświadczam, że:

1. zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym na ww. usługę i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte,
2. zdobyłam/em wszelkie informacje konieczne do przygotowania oferty,
3. w cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty prawidłowego wykonania zamówienia,
4. znajduję się w sytuacji ekonomicznej umożliwiającej wykonanie zamówienia,
5. spełniam wszystkie wymagania wskazane w pkt 7 zapytania ofertowego nr 2/WRPO/7.2.2/2019 z dnia 20.03.2019 r., w szczególności Wykonawca/imiennie wskazana osoba świadcząca usługi w imieniu Wykonawcy posiada:

* ukończone studia magisterskie lub studia podyplomowe na specjalności logopedycznej lub neurologopedii potwierdzone kopią dyplomu/dyplomów;
* posiada nie krótsze niż 2 lata doświadczenie w pracy na stanowisku logopedy, potwierdzone m.in. kopiami umów o pracę, zakresu obowiązków, umów cywilnoprawnych, referencji, listów polecających, zaświadczeń,

Do oferty załączam:

- oświadczenie o braku powiązań z Zamawiającym

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

miejscowość, data czytelny podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 2 - Oświadczenie o braku powiązań z Zamawiającym**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ Z ZAMAWIAJĄCYM**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe 2/WRPO/7.2.2/2019 z dnia 20.03.2019 r. w ramach projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego” oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo\* z Zamawiającym, tj. Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Trzciance, ul. A. Mickiewicza 50, 64-980 Trzcianka.

Powiązania, o których mowa polegają w szczególności na:

1. uczestnictwie 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 lub nie został określony przez Instytucję Zarządzającą WRPO 2014-2020;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

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

miejscowość, data czytelny podpis Wykonawcy

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

*\*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.*