*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

**OFERTA WYKONAWCY**

**w trybie rozeznania rynku**

Nr postępowania **03/11/2016/OP, data: 10.11.2016 r.**

Imię i nazwisko lub nazwa firmy (jeśli dotyczy) oraz adres Wykonawcy

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

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

email: ...................................................

NIP: ...................................................

REGON: .................................................

**W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru** Instruktora/ów na terenie województwa opolskiego i/lub ślaskiego i/lub dolnośląskiego w ramach projektu pn. „Krok do samodzielności” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę wybór **Instruktora/ów za następującą cenę za godzinę pracy:**

**Cena [brutto]\* …………………..…………….................... PLN**

**Cena [netto] ………………..…………………………………. PLN**

**Specyfikacja dot. usługi/~~towaru~~: z**g. z przedmiotem zapytania

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/-am informacje konieczne do przygotowania oferty.

1. Oświadczam, że termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert.
2. Oświadczam, że jestemosobą fizyczną lub osobą samozatrudnioną, prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą i zobowiązuję się do osobistej realizacji przedmiotu zamówienia.
3. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie
i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
4. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

………………………………………………………………………………..

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

\* W przypadku osób nieposiadających przychodu w wysokości co najmniej najniższej krajowej (zg. z Rozporządzeniem Rady Ministrów
z dnia 11 września 2014 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2016 r.) kwota brutto oznacza kwotę z pełnymi składkami społecznymi oraz ubezpieczeniem zdrowotnym.

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego w pracy dla
osób/osoby przewidzianych/ej do realizacji usługi**

Dotyczy zapytania ofertowego **nr 03/11/2016/OP, data: 10.11.2016 r.** w ramach projektu „Krok do samodzielności” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematyka przeprowadzonego wsparcia** | **Liczba godzin****Przeprowadzonego wsparcia** | **Liczba uczestników, krótka charakterystyka grupy (w tym uczestnictwo osób niepełnosprawnych)** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca/Zleceniodawca/Usługodawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…….………………………………

(podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego w pracy z osobami niepełnosprawnymi**

Dotyczy zapytania ofertowego **nr 03/11/2016/OP, data: 10.11.2016 r.** w ramach projektu „Krok do samodzielności” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

***W tabeli można ponownie wykazać doświadczenie wykazane w załączniku 2, jeśli dotyczyło prowadzenia wsparcia dla osób niepełnosprawnych***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematyka przeprowadzonego wsaprcia** | **Liczba godzin** | **Liczba uczestników, krótka charakterystyka grupy** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca/Zleceniodawca/Usługodawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…….………………………………

(podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego **nr 03/11/2016/OP, data: 10.11.2016 r.** w ramach projektu „Krok do samodzielności” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* 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.

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

\* niepotrzebne skreślić