*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 8/12/2014/RZ (Kody CPV: 55120000-7, 55300000-3 ) w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

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

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* (niepotrzebne skreślić) 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*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania 8/12/2014/RZ data 16.12.2014r.

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV) : 55120000-7, 55300000-3

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

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

e-mail: .................................................

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

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

Numer rachunku bankowego: ................................................

**w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru Wykonawcy** ramach projektu
pn. „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych”
 w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytetu I Zatrudnienie i integracja społeczna, w ramach Działania 1.3. Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej, Podziałanie 1.3.6 PFRON - projekty systemowe, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, składam ofertę **na wykonanie** **usługi wynajmu sali konferencyjnej (na 6 godzin zegarowych) wraz z niezbędnym wyposażeniem technicznym oraz na wykonanie usługi cateringu dla potrzeb spotkania w dn. 29 stycznia 2015 r.** za następującą cenę:

**Łączna cena wynajmu sali** (na 6 godzin zegarowych) **[brutto]** …………….................... **PLN**

**Łączna cena wynajmu sali** (na 6 godzin zegarowych) **[netto]** ……………..................... **PLN**

**Cena za osobę** (usługa cateringu) **[brutto]** …………….................... **PLN**

**Cena za osobę** (usługa cateringu) **[netto]** …………….................... **PLN**

**Specyfikacja dot. usługi:**

Usługa wynajmu Sali konferencyjnej wraz z niezbędnym wyposażeniem technicznym oraz świadczenie usługi cateringu zgodnie z Przedmiotem zamówienia określonym w pkt 2 i pkt 4 zapytania ofertowego.

Cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją Przedmiotu zamówienia.

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.
2. Oświadczam, że termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert.
3. W przypadku uznania niniejszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
4. W przypadku udzielenia mi zamówienia zobowiązuję się do realizacji usługi w terminie i ilości określonej przez Zamawiającego.
5. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.
6. Do niniejszego formularza są załączone i stanowią integralną część niniejszej oferty, następujące dokumenty:
	1. Pełnomocnictwo (o ile ofertę składa pełnomocnik) - jeśli dotyczy.
	2. Specyfikacja dot. usługi/towaru - jeśli dotyczy.
	3. Aktualny (nie starszy niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert) odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej poświadczony za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy
	4. Dokumentacja fotograficzna przedstawiająca dostosowanie obiektu do pobytu osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,
	5. Minimum 2 rekomendacje potwierdzające wykonanie usługi wynajmu Sali
	6. Minimum 2 rekomendacje potwierdzające wykonanie usługi cateringu, zgodnie z jej charakterystyką opisaną w pkt 4 zapytania ofertowego, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane należycie
	7. Pozwolenie Sanepidu na prowadzenie działalności gastronomicznej lub stosowne oświadczenie Wykonawcy w tym zakresie.

………………………………………………………………………………..

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 8/12/2014/RZ (Kody CPV : 55120000-7, 55300000-3) w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

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

**oświadczam, że** Wykonawca spełnia / nie spełnia\* (niepotrzebne skreślić) wszystkie warunki udziału w postepowaniu w zakresie:

* 1. dostosowania pomieszczeń do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz posiadania sali konferencyjnej spełniających wymagania Zamawiającego;
	2. akceptuję bez zastrzeżeń zadania po stronie Wykonawcy szczegółowo opisane w punkcie 4 niniejszego zapytania ofertowego
	3. posiadam doświadczenie oraz uprawnienia do świadczenia usług dla osób niepełnosprawnych, grup zorganizowanych, konferencji, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
	4. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz zasobami umożliwiającymi wykonanie zamówienia;
	5. znajduję się w sytuacji finansowej i ekonomicznej, zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy