*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **05/11/2014/PO** (Kody CPV: 55120000-7 , 55300000-3, 55500000-5, 55110000-4) 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\* 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 ……………………………..

……………………………………………………..

\*(niepotrzebne skreślić) podpis Wykonawcy

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **05/11/2014/PO** data 07.11.2014r.

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV) : 55120000-7 , 55300000-3, 55500000-5, 55110000-4.

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

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

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 całej **usługi hotelarsko-gastronomicznej oraz wynajmu sal szkoleniowych** za następującą cenę:

**Cena na 1 osobę za 1 dzień [brutto]** …………………..…………….................... **PLN**

**Cena na 1 osobę za 1 dzień [netto]** ………………....…………………………………..**PLN**

Cena zawiera: noclegi, pełne wyżywienie, catering w przerwach kawowych, wynajem sal szkoleniowych.

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

3. Oświadczam, że termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia otwarcia ofert.

1. W przypadku uznania niniejszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
2. W przypadku udzielenia mi zamówienia zobowiązuję się do realizacji usługi w terminie i ilości określonej przez Zamawiającego.
3. Zapoznałem/-am się w sposób wystarczający i konieczny ze szczegółowym zakresem zamówienia zawartym w zapytaniu oraz wszystkimi informacjami niezbędnymi do zrealizowania zamówienia, a nieznajomość powyższego stanu nie może być przyczyną dodatkowych roszczeń finansowych.
4. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.
5. Do niniejszego formularza są załączone i stanowią integralną część niniejszej oferty, następujące dokumenty:

8.1. pełnomocnictwo (o ile ofertę składa pełnomocnik) - jeśli dotyczy,

8.2. specyfikacja dot. usługi/towaru - jeśli dotyczy,

8.3. aktualne (nie starcze 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,

8.4. dokumentacja fotograficzna przedstawiająca dostosowanie obiektu do pobytu osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,

8.5. minimum 2 rekomendacje potwierdzające wykonanie usług w podobnym 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 **05/11/2014/PO** (Kody CPV : 55120000-7 , 55300000-3, 55500000-5, 55110000-4) 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 POSTEPOWANIU**

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

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

## *dostosowania pomieszczeń do osób niepełnosprawnych oraz posiadania sali dydaktycznej spełniających wymagania Zamawiającego;*

## *akceptuję bez zastrzeżeń zadania po stronie Wykonawcy szczegółowo opisane w punkcie 4 niniejszego zapytania ofertowego*

## *posiadam doświadczenie oraz uprawnienia do świadczenia usług dla osób niepełnosprawnych, grup zorganizowanych, szkoleń, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;*

## *dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz zasobami umożliwiającymi wykonanie zamówienia;*

## *znajduję się w sytuacji finansowej i ekonomicznej, zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.*

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

\*(niepotrzebne skreślić) podpis Wykonawcy