*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

# Dotyczy zapytania ofertowego nr 03/03/2015/WW z dn. 12.03.2015 r. (numer CPV 55100000-1; 55300000-3; 55500000-5) 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 ……………………………..

……………………………………………………………………

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby
upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

 *Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania 03/03/2015/WW z dnia 12.03.2015 r.

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV)

55100000-1 Usługi hotelarskie

55300000-3 Usługi restauracyjne i dotyczące podawania posiłków

55500000-5 Usługi bufetowe oraz w zakresie podawania posiłków

Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy

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

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

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

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

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

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

**w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru Wykonawcy** wramach 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 hotelarsko-gastronomicznej oraz wynajem sal szkoleniowych i konferencyjnych za następującą cenę za 1 osobę**:

**Cena [brutto] …………………..…… PLN**

**Cena [netto] …………………..…… PLN**

**Składowe ceny liczonej jako koszt udziału 1 osoby w spotkaniu:**

* Cena brutto za 3 noclegi uśredniona z cen za pokój 1-3 -osobowy
* Cena brutto za pełne wyżywienie
* Cena brutto za catering w przerwach kawowych
* Cena brutto za wynajem sal szkoleniowo-konferencyjnych (za 4 kolejne dni robocze)

**Specyfikacja dot. usługi/~~towaru~~:**

Usługa hotelowo-gastronomiczna oraz wynajmu sali szkoleniowej i konferencyjnej wraz z niezbędnym wyposażeniem technicznym 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 otwarcia 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 terminach 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:
* pełnomocnictwo (o ile ofertę składa pełnomocnik) - jeśli dotyczy;
* specyfikacja dot. usługi/~~towaru;~~
* aktualny (nie starszy niż 6 m-cy przed upływem terminu składania ofert) odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej poświadczony za zgodność z oryginałem prze osobę upoważnioną, zg. z formą reprezentacji Wykonawcy;
* dokumentacja fotograficzna przedstawiająca dostosowanie obiektu do pobytu osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich;
* minimum dwie rekomendacje potwierdzające wykonanie usług hotelarskich (obejmujących usługę hotelarsko-gastronomiczną oraz wynajem sal szkoleniowo-konferencyjnych), powyżej 14 tys. euro;
* 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 03/03/2015/WW z dn. 12.03.2015 r. (Kod CPV : 55100000-1; 55300000-3; 55500000-5) 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 postępowaniu w zakresie:

## dostosowania pomieszczeń do osób niepełnosprawnych oraz posiadania sal szkoleniowo-konferencyjnych spełniających wymagania Zamawiającego, zgodnie z planowanym wymiarem korzystania z sal przedstawionym w pkt. 4.2 zapytania;

## akceptuję bez zastrzeżeń zadania po stronie Wykonawcy szczegółowo opisane w punktach 2 oraz 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 …………………………….

……………………………………………………………………

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby
upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*