*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania 20/09/2014/WR data 11.09.2014r.

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

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 hotelowo-gastronomicznej oraz wynajmu sali szkoleniowej dla potrzeb szkolenia zawodowego** za następującą cenę:

**Łączna cena brutto realizacji usługi na 1 osobę (za całość jednego szkolenia)** ……………........... **PLN**

**Łączna cena netto realizacji usługi na 1 osobę (za całość jednego szkolenia)** ……………........... **PLN**

**Łączna cena brutto realizacji usługi na 1 osobę za całość jednego szkolenia uwzględnia:**

* cenę brutto za usługę hotelowo-gastronomiczną za 11 dób hotelowych (noclegi, pełne wyżywienie, bufet kawowy w trakcie szkolenia),
* cenę brutto wynajmu sali szkoleniowej (za 10 kolejnych dni roboczych),

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

Usługa hotelowo-gastronomiczna, wynajmu sali konferencyjnej wraz z niezbędnym wyposażeniem technicznym oraz przewozu osób 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 terminach i dla liczby uczestników, określonych przez Zamawiającego.
5. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.
6. Do niniejszego formularza załączone są i stanowią integralną część niniejszej oferty, następujące dokumenty:
   * pełnomocnictwo (o ile ofertę składa pełnomocnik) - jeśli dotyczy,
   * aktualny 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,
   * dokumentacja fotograficzna przedstawiająca dostosowanie obiektu do pobytu osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (zdjęcia: pokoju, korytarza, łazienki, podjazdów, wind, sali szkoleniowej, sali restauracyjnej),
   * minimum 2 rekomendacje potwierdzające wykonanie usługi hotelowo-gastronomicznej   
     i wynajmu sal szkoleniowych o wartości zamówienia powyżej 14 tyś. 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 2 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 20/09/2014/WR(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\* (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 lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 20/09/2014/WR(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 POSTĘPOWANIU**

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

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

## dostosowania pomieszczeń do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz posiadania sali konferencyjnej 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, konferencji, 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 ……………………………..*

……………………………….…………………………………..

*podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*