|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 92/12/2013 z dnia 23.12.2013 r. (Numer CPV: 80420000-4)   
w ramach projektu „Od samodzielności do aktywności zawodowej” współfinansowanego 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) 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 92/12/2013 data 23.12.2013 r.

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV):  80420000-4

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

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

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

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

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

**w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru Wykonawcy** wramach projektu „Od samodzielności do aktywności zawodowej” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych, składam ofertę na wykonanie **usługi szkoleniowej w formie e-learning (kurs zielarsko-medyczny):**

**Cena za kurs dla 1 osoby [brutto]** …………………..…………….................... **PLN**

**Cena za kurs dla 1 osoby [netto]** ………………..………………………………….. **PLN**

Cena powinna uwzględniać wszystkie koszty związane z wykonaniem zadania.

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.

1. Oświadczam, że termin związania z ofertą wynosi 14 dni kalendarzowych od dnia otwarcia ofert.
2. W przypadku uznania niniejszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
3. W przypadku udzielenia mi zamówienia zobowiązuję się do realizacji usługi w terminie określonym przez Zamawiającego.
4. 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.
5. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.
6. 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. Proponowany program kursu zielarsko-medycznego wraz z wykazem wykładowców.

8.3. Dokumenty rejestrowe prowadzonej działalności.

8.4. Minimum 2 referencje potwierdzające prawidłowe przeprowadzenie kursu zielarsko

medycznego w formie e-learning.

………………………………………………………………………………..

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*