**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 2/165/2017**

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oferent (imię i nazwisko/firma)** |  |
| **Wykonawca /cy usługi** **(psychiatra/psychiatrzy/****psycholog/psycholodzy)[[1]](#footnote-1)** |  |
| **Adres** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Telefon** |  |
|  **Adres e-mail** |  |

Oferta skierowana do Zamawiającego:

**Polska Fundacja Ośrodków Wspomagania Rozwoju Gospodarczego „OIC Poland” w Lublinie**

**20-213 Lublin, ul. Gospodarcza 26**

Ja niżej podpisany/a: ………………………………………………………………….……………………………. w odpowiedzi na **zapytanie ofertowe 2/165/2017 dotyczące świadczenia usług przygotowania i przeprowadzenie diagnozy nozologicznej
i diagnozy problemowej wraz z opracowaniem opinii oraz świadczenia usług wsparcia psychologicznegow ramach Projektu „ Bez barier na lubelskim obszarze metropolitalnym”** składam niniejszą ofertę:

PROSZĘ WYBRAĆ PUNKTY, KTÓRYCH DOTYCZY NINIEJSZA OFERTA WYKONANIA USŁUG DIAGNOZY NOZOLOGICZNEJ/PROBLEMOWEJ, WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym w **CZĘŚCI I** świadczenia godziny diagnozy nozologicznej za jednostkową cenę brutto (obejmująca również koszty podatkowe i ubezpieczeniowe leżące po stronie Zamawiającego związane z zawarciem umowy zlecenie)
w kwocie ……… zł (słownie: ………………. zł).
2. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym w **CZĘŚCI II** świadczenia godziny diagnozy problemowej za jednostkową cenę brutto (obejmująca również koszty podatkowe i ubezpieczeniowe leżące po stronie Zamawiającego związane z zawarciem umowy zlecenie)
w kwocie ……… zł (słownie: ………………. zł).
3. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym w **CZĘŚCI II**I świadczenia godziny wsparcia psychologicznego za jednostkową cenę brutto (obejmująca również koszty podatkowe i ubezpieczeniowe leżące po stronie Zamawiającego związane z zawarciem umowy zlecenie)
w kwocie ……… zł (słownie: ………………. zł).
4. **Podpisując niniejszą ofertę oświadczam jednocześnie, iż:**
5. W pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie wymienione warunki udziału w postępowaniu, w tym brak powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym;
6. Zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
7. Realizacja usług będzie prowadzona zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym.
8. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej przedmiotem zamówienia.
9. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie/ dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
10. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
11. Jestem świadomy/a, że cena zawarta w ofercie jest stawką brutto wraz z narzutami i od niej potrącona będzie zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku
o podatku dochodowych od osób fizycznych, a także składka na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne (o ile w przypadku Zleceniobiorcy taki obowiązek występuje) oraz składki po stronie pracodawcy/zleceniodawcy. W przypadku wystawienia przez Wykonawcę faktury, jestem świadomy, że kwota oferty zawiera wymagane przepisami podatki.
12. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania.
14. Zobowiązuję się w toku realizacji umowy do bezwzględnego stosowania Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020.
15. W przypadku wykonywania zlecenia zobowiązuję się do poddania kontroli dokonywanej przez Zamawiającego, Instytucję Pośredniczącą, Instytucję Zarządzającą i innego podmiotu zewnętrznego realizującego badania ewaluacyjne na zlecenie IZ, IP a także przekazania ww. instytucjom dokumentów i informacji na temat realizacji działań w ramach projektu.
16. Nie jestem osobą zatrudnioną jednocześnie w instytucji uczestniczącej w realizacji PO na podstawie stosunku pracy, chyba że nie zachodzi konflikt interesów lub podwójne finansowanie.
17. Oświadczam, iż nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.
18. Nie jestem osobą, którą prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mającym na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego.
19. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w ofercie, załącznikach są zgodne z prawdą.

**Oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym
w ilości :**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym w **CZĘŚCI I[[2]](#footnote-2)** w ilości ……………………… godzin.
2. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym w **CZĘŚCI II[[3]](#footnote-3)** w ilości ……………………… godzin.
3. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym zapytaniem ofertowym w **CZĘŚCI III[[4]](#footnote-4)**
w ilości ……………………… godzin.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………..miejscowość, data | ………………………………………………..czytelny podpis |

 **Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 2/165/2017**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA[[5]](#footnote-5)**

**DOTYCZY CZ. I – DIAGNOZA NOZOLOGICZNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa usługi** | **Podmiot, dla którego usługę zrealizowano, opis uczestników** | **okres realizacji usługi,** **LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
|  **SUMA GODZIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………..miejscowość, data | ………………………………………………..czytelny podpis |

**DOTYCZY CZ. II– DIAGNOZA PROBLEMOWA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa usługi** | **Podmiot, dla którego usługę zrealizowano, opis uczestników** | **okres realizacji usługi,** **LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| **SUMA GODZIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………..miejscowość, data | ………………………………………………..czytelny podpis |

**DOTYCZY CZ. III– PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa usługi** | **Podmiot, dla którego usługę zrealizowano, opis uczestników** | **okres realizacji usługi,** **LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| **SUMA GODZIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………..miejscowość, data | ………………………………………………..czytelny podpis |

**Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego nr 2/165/2017**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH Z ZAMAWIAJĄCYM**

**Oświadczam/y, że:**

Oświadczam, że jako Wykonawca nie jestem powiązana/y z Zamawiającym w rozumieniu art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (tj. Dz.U. z 2016 poz. 217 ze zm.), dalej: „ustawa” oraz Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1), dalej: „rozporządzenie” w kontekście zapisów art. 33 ust. 6 ustawy, iż porozumienia i zlecenia nie mogą być zawarte pomiędzy podmiotami powiązanymi w rozumieniu załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014
z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym
w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz.Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1).

A w szczególności:

* nie uczestniczę w podmiocie Zamawiającego jako wspólnik;
* nie posiadam udziałów lub co najmniej 10% akcji pozwalającym na wpływ decyzyjny Zamawiającego;
* nie pełnię funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika z głosem decydującym;
* nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli w stosunku do osób wykonujących w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i udzieleniem zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………..miejscowość, data | ………………………………………………..czytelny podpis |

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

1. Jeśli inny niż składający ofertę. Należy wymienić wszystkich wykonawców, którzy są proponowani do realizacji zamówienia [↑](#footnote-ref-1)
2. **Świadczenie usług diagnozy nozologicznej** wraz z wydaniem opinii lekarskiej, przedmiot zamówienia obejmuje 500 godzin diagnozy nozologicznej wraz z wydaniem 100 opinii. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Świadczenie diagnozy problemowej**  wraz z wydaniem opinii przez psychologa, przedmiot zamówienia obejmuje 500 godzin diagnozy wraz z wydaniem 100 opinii. [↑](#footnote-ref-3)
4. **Świadczenie usługi wsparcia psychologicznego** przedmiot zamówienia obejmuje 1000 godzin poradnictwa. [↑](#footnote-ref-4)
5. Liczbę wierszy w tabeli można zwiększyć w zależności od potrzeb. [↑](#footnote-ref-5)