Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

**Formularz ofertowy**

1. Dane Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko/Nazwa: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Adres zam./siedziby: |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| Nr telefonu/faxu: |  |
| Adres e-mail: |  |

1. **Przedmiot zamówienia**

zorganizowanie i przeprowadzenie na terenie miasta Łowicza specjalistycznego asystenckiego szkolenia dla 5 Asystentów Osobistych Osoby Niepełnosprawnej (60 godzin) zgodnie z założeniami projektu „Łowickie Centrum Usług Środowiskowych" RPLD.09.02.01-l0-B005/21 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX, Działanie IX.2, Poddziałanie IX.2.1. „Usługi społeczne i zdrowotne", współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu.

1. **Oferta skierowana do:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu

1. Nawiązując do zapytania ofertowego z dnia 07.02.2022 r. niniejszym przedstawiam/y

ofertę cenową na zorganizowanie i przeprowadzenie na terenie miasta Łowicza specjalistycznego asystenckiego szkolenia dla 5 Asystentów Osobistych Osoby Niepełnosprawnej (60 godzin) zgodnie z założeniami projektu „Łowickie Centrum Usług Środowiskowych" RPLD.09.02.01-l0-B005/21 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX, Działanie IX.2, Poddziałanie IX.2.1. „Usługi społeczne i zdrowotne", współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu.

Cena netto za 1 godzinę szkolenia………………………… słownie:…………………………………………………….

Cena brutto za 1 godzinę szkolenia……………………….. słownie: …………………………………………………....

Cena netto za całość szkolenia…………………………….. słownie:…………………………………………………….

Cena brutto za całość szkolenia…………………………… słownie:…………………………………………………….

Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego, potwierdzone złożoną w załączeniu dokumentacją

Ilość godzin przeprowadzonego szkolenia (nie mniej, niż 30 godzin) : ……………………….

**Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:**

Załącznik 2 Oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu Warunków udziału w postępowaniu.

Załącznik 3 Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Załącznik 4 Wykaz usług

**Oświadczenia oferentów :**

1) Oświadczam, że zapoznałam/em się z Zapytaniem ofertowym oraz opisem przedmiotu

zamówienia i nie wnoszę do nich żadnych uwag i zastrzeżeń oraz uzyskałam/em konieczne i

niezbędne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.

2) Oświadczam, że zapoznałam/em się z wzorem umowy -załącznik nr 5 do zapytania i

akceptuję warunki oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do jej zawarcia w

miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

3) Oświadczam, iż jestem uprawniony/a do wykonywania wymaganej przedmiotem

zamówienia działalności, posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuje

potencjałem technicznym, osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia oraz znajduje

się w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej wykonanie zamówienia.

……………………………………………………………………………………………

(podpis oraz. pieczęć firmowa wykonawcy / imienna osoby lub osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta)

(miejscowość i data) (podpis Oferenta)