**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

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

(pieczęć firmowa Wykonawcy)

O F E R T A

Dotycząca.......................................................................................................................

/przedmiot zamówienia/

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

Ja, niżej podpisany:

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

(imię i nazwisko osoby/osób reprezentujących Wykonawcę)

działając w imieniu i na rzecz :

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

(pełna nazwa Wykonawcy)

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

(adres siedziby Wykonawcy)

REGON ............................................................ NIP ..................................................................

nr telefonu ................................... nr faxu .................................... e-mail ..................................

Składam ofertę na: „PRZEPROWADZENIE INDYWIDUALNEJ DIAGNOZY POTRZEB PRZEZ PSYCHOLOGA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ICH OPIEKUNÓW**”** *za cenę:…………..*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Liczba godzin przeznaczonych na wykonanie diagnozy** | **Liczba osób** | **Cena brutto za 1 godzinę** |
| 1 | **Przeprowadzenie indywidualnej diagnozy psychologicznej** | 40h | 20 |  |
| **SUMA** | | | |  |
| **Kwota słownie:** | | | | |

Oświadczam, że zamówienie będzie wykonywane w następującym miejscu

…………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że spełniam warunki niezbędne do wykonania zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami jego wykonania. Akceptuję je w całości i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że podana cena zawiera wszystkie koszty, niezbędne do prawidłowego wykonania umowy, a w przypadku osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej, zawiera wszystkie składki wynikające z przepisów obowiązującego prawa.

Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

................................., dn. .......................

(miejscowość) (data)

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

(podpis/y osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Wykonawców)

**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**

(Nazwa, adres, NIP Wykonawcy) (miejscowość i data)

OSWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia **„**PRZEPROWADZENIE INDYWIDUALNEJ DIAGNOZY POTRZEB PRZEZ PSYCHOLOGA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ICH OPIEKUNÓW**”** oświadczam, że:

* Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
* Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
* Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
* Nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………...  (miejscowość, data) | ………………………………….  (Podpis/y osoby/ osób upoważnionej/ych) |

**Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego**

(Nazwa, adres, NIP Wykonawcy) (miejscowość i data)

OSWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na „PRZEPROWADZENIE INDYWIDUALNEJ DIAGNOZY POTRZEB PRZEZ PSYCHOLOGA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ICH OPIEKUNÓW**”** oświadczam, że:

Nie jest podmiotem powiązanym z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo, przy przyjęciu, iż przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemnie powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika

z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu 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.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………...  (miejscowość, data) | ………………………………….  (Podpis/y osoby/ osób upoważnionej/ych) |

**Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego**

(Nazwa, adres, NIP Wykonawcy) (miejscowość i data)

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG NA POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU  
 W POSTĘPOWANIU

dla potrzeb potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na „PRZEPROWADZENIE INDYWIDUALNEJ DIAGNOZY POTRZEB PRZEZ PSYCHOLOGA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ICH OPIEKUNÓW**”** oświadczam, że:

Wykonawca w okresie, o którym mowa w Zapytaniu Ofertowym wykonał następujące usługi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Data wykonanych usług  (dzień, miesiąc i rok) | ilość godzin, ilość osób objętych usługami poradnictwa psychologicznego | Ilość przeprowadzonych Indywidualnych Diagnozą Potrzeb | Nazwa podmiotu na rzecz, którego była wykonana usługa. |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

Celem potwierdzenia, iż wykazane w tabeli doświadczenie miało faktycznie miejsce,   
w załączeniu przedkładam(y) stosowne dowody w postaci: referencji, listów uwierzytelniających, protokołów odbioru usługi lub innych dokumentów równoważnych dowodowo

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………...  (miejscowość, data) | ………………………………….  (Podpis/y osoby/ osób upoważnionej/ych) |

**Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego**

(Nazwa, adres, NIP Wykonawcy) (miejscowość i data)

OŚWIADCZENIA OD WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW

INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na PRZEPROWADZENIE INDYWIDUALNEJ DIAGNOZY POTRZEB PRZEZ PSYCHOLOGA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ICH OPIEKUNÓW

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie