



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących

Załączniki do zapytania nr 3/FPZ/2020

Załącznik nr 1 do zapytania nr 3/FPZ/2020

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Oferenta		
Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu		
Adres (ulica, numer posesji, numer lokalu, kod pocztowy, miejscowość,)		
Numer PESEL / NIP		
Oświadczam, że firma jest/nie jest płatnikiem podatku VAT o w/w numerze identyfikacyjnym NIP. (Skreślić, jeśli oferent jest osobą fizyczną).		
Numer telefonu		
Adres email		
W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 3/FPZ/2020, dotyczące realizacji projektu pn. „Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących”, realizowanego przez Fundację Promocja Zdrowia w partnerstwie z Fundacją Ari Ari, oferuję realizację przedmiotu zamówienia za następujące wynagrodzenie:		
Rodzaj poradnictwa/zajęć	Liczba godzin	Cena Brutto za 1 godzinę zajęć
		Słownie:
		Słownie:



Od aktywności do lepszej przyszłości – kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących

Załączniki do zapytania nr 3/FPZ/2020

Oświadczenia

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania działalności i czynności objętych przedmiotem zamówienia.
3. Oświadczam, że:
 - 1) uważam się związaną/związany z niniejszą ofertą przez okres 30 dni kalendarzowych od dnia otwarcia ofert;
 - 2) w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego;
 - 3) cena podana w ofercie obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją powyższego zamówienia (w tym: ewentualne podatki, składki ZUS (w tym ponoszone przez pracodawców w przypadku umów zlecenia), koszty podróży, noclegu i wyżywienia, itp.)
 - 4) przyjmuję bez zastrzeżeń warunki określone w istotnych dla stron postanowieniach umowy;
 - 5) zdobyłam/zdobyłem wszelkie informacje, które były konieczne do przygotowania oferty oraz że wyceniłem wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy;
 - 6) zamówienie wykonam w terminie wymaganym przez Zamawiającego;
 - 7) składam ofertę cenową na własny koszt i ryzyko w związku z tym nie będę rościć pretensji do Zamawiającego w przypadku nie wybrania mojej oferty cenowej lub unieważnienia postępowania;
 - 8) pouczona/pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
 - 9) Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich badań mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz wyjaśnień finansowych i technicznych, przez Zamawiającego.

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis Oferenta



INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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), dalej „RODO”, informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Promocja Zdrowia z siedzibą w Szczecinie przy ulicy al. Bohaterów Bitwy Warszawy 27.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z zapytaniem ofertowym na przygotowanie i przeprowadzenie postępowania oraz wybór wykonawców do realizacji przedmiotu zamówienia;
3. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończone zostanie wykonywanie zadania związanego z przedmiotowym postępowaniem;
5. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
6. posiada Pani/Pan:
 - a) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - b) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych, przy czym skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników;
 - c) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO, przy czym prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego;
 - d) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
7. nie przysługuje Pani/Panu:
 - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit.



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących

Załączniki do zapytania nr 3/FPZ/2020

c RODO.

8. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich nie podanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w niniejszym zapytaniu ofertowym.

**Oświadczenie wymagane 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 w niniejszym postępowaniu.¹

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis Oferenta

WYKAZ DOŚWIADCZENIA I KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu	
OSOBY WYZNACZONE DO REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	
Specjalista 1; imię i nazwisko:	
Którą część zamówienia będzie realizowała w/w osoba (należy zaznaczyć)	

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).



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących

Załączniki do zapytania nr 3/FPZ/2020

Wykształcenie (w tym: kierunek studiów, uzyskany tytuł):				
Dodatkowe wykształcenie związane z przedmiotem zamówienia (ukończone kursy, uzyskane certyfikaty itp.):				
Doświadczenie:				
Okres realizacji usług lub świadczenia pracy	Liczba miesięcy	Zakres świadczonej usługi lub wykonywanej pracy zbieżnej z danym kryterium dostępu dot. doświadczenia	Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością (TAK/NIE)	Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością dot. dysfunkcji wzroku (TAK/NIE)

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis Oferenta



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących

Załączniki do zapytania nr 3/FPZ/2020

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 3/FPZ/2020

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ

W związku z przystąpieniem do udziału w postępowaniu nr **3/FPZ/2020**, dotyczącego projektu „**Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących**”, realizowanego przez Fundację Promocja Zdrowia z siedzibą w Szczecinie w partnerstwie z Fundacją Ari Ari z siedzibą w Bydgoszczy oświadczam, że:

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu składającego oświadczenie	
Adres	

nie jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym, tj. z Fundacją Promocja Zdrowia z siedzibą w Szczecinie przy ulicy al. Bohaterów Bitwy Warszawy 27.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu Beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- Posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
- Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- Pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis Oferenta