Załącznik nr 1 do zapytania nr 5/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 **5/FPZ/2020**, dotyczące realizacji projektu **„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: | | | | | |
| Część zamówienia, którego dotyczy wycena | | Ilość godzin | | Cena Brutto za 1 godz. zajęć | Cena brutto za całość |
| CZĘŚĆ 1 Zajęcia z zakresu orientacji przestrzennej: | | 200 godzin | |  |  |
| CZĘŚĆ 2: zajęcia z zakresu obsługi technologii mobilnych oraz wynajem sprzętu Smartfonów i tabletów | | 600 godzin | |  |  |
| 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:  * uważam się związana/związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni kalendarzowych od dnia otwarcia ofert; * w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego; * 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.) * przyjmuję bez zastrzeżeń warunki określone w istotnych dla stron postanowieniach umowy; * zdobyłam/zdobyłem wszelkie informacje, które były konieczne do przygotowania oferty oraz że wyceniłem wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy; * zamówienie wykonam w terminie wymaganym przez Zamawiającego; * 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; * 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. * 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 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 przygotowaniei 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:    1. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;    2. 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;    3. 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;    4. 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:    1. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;    2. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;    3. 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. 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]](#footnote-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 wsparcia będzie prowadził w/w specjalista?  (należy zaznaczyć) | | **○ część 1** | | **○** **część 2** | | | |
| 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 zbieżnej z przedmiotem zamówienia | Dla części 1 – liczba miesięcy  Dla części 2 – liczba miesięcy | Zakres świadczonej usługi lub wykonywanej pracy zbieżnej z przedmiotem zamówienia –opis czego dotyczyła | | | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością (TAK/NIE) | | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością wzroku (TAK/NIE) |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
| Specjalista 2; imię i nazwisko: | |  | | | | | |
| Którą część wsparcia będzie prowadził w/w specjalista?  (należy zaznaczyć) | | **○ część 1** | | **○ część 2** | | | |
| 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 zbieżnej z przedmiotem zamówienia | Dla części 1 – liczba miesięcy  Dla części 2 – liczba miesięcy | Zakres świadczonej usługi lub wykonywanej pracy zbieżnej z przedmiotem zamówienia –opis czego dotyczyła | | | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością (TAK/NIE) | | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością wzroku (TAK/NIE) |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
| Specjalista 3; imię i nazwisko: | |  | | | | | |
| Którą część wsparcia będzie prowadził w/w specjalista?  (należy zaznaczyć) | | **○ część 1** | | **○ część 2** | | | |
| 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 zbieżnej z przedmiotem zamówienia | Dla części 1 – liczba miesięcy  Dla części 2 –liczba miesięcy | Zakres świadczonej usługi lub wykonywanej pracy zbieżnej z przedmiotem zamówienia –opis czego dotyczyła | | | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością (TAK/NIE) | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością wzroku (TAK/NIE) | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
| Specjalista 4; imię i nazwisko: | |  | | | | | |
| Którą część wsparcia będzie prowadził w/w specjalista?  (należy zaznaczyć) | | **○ część 1** | | **○** **część 2** | | | |
| 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 zbieżnej z przedmiotem zamówienia | Dla części 1 – liczba miesięcy  Dla części 2 – liczba miesięcy | Zakres świadczonej usługi lub wykonywanej pracy zbieżnej z przedmiotem zamówienia –opis czego dotyczyła | | | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością (TAK/NIE) | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością wzroku (TAK/NIE) | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | |
|  | | |  | | | | |
| *Miejscowość i data* | | | Pieczęć i podpis Oferenta | | | | |

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 5/FPZ/2020

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| W związku z przystąpieniem do udziału w postępowaniu nr **5/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 ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, 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:   1. Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, 2. Posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO, 3. 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* | |

**Dodatkowa karta do wypełnienia w przypadku, kiedy w ofercie wykazanych zostanie więcej specjalistów**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ DOŚWIADCZENIA I KWALIFIKACJI** | | | | | | |
| Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu | |  | | | | |
| **OSOBY WYZNACZONE DO REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | | | | | | |
| Specjalista; imię i nazwisko: | |  | | | | |
| Którą część wsparcia będzie prowadził w/w specjalista?  (należy zaznaczyć) | | **○ część 1** | | **○ część 2** | | |
| 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 zbieżnej z przedmiotem zamówienia | Dla części 1 – liczba miesięcy  Dla części 2 – liczba godzin | Zakres świadczonej usługi lub wykonywanej pracy zbieżnej z przedmiotem zamówienia –opis czego dotyczyła | | | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością (TAK/NIE) | Czy odbiorcami były osoby z niepełnosprawnością dot. wzroku  (TAK/NIE) |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  | | |  | | | |
| *Miejscowość i data* | | | *Pieczęć i podpis Oferenta* | | | |

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). [↑](#footnote-ref-1)