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 miesięcyDla 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 miesięcyDla 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 miesięcyDla 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 miesięcyDla 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 miesięcyDla 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)