

Załącznik nr 1 do zapytania nr 1/FPZ/2021

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 1/FPZ/2021, 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: Realizacja indywidualnych zajęć z orientacji przestrzennej dla niewidomych i słabowidzących” 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 – grupa1	200 godzin		
CZĘŚĆ 2 Zajęcia z zakresu orientacji przestrzennej – grupa2	200 godzin		
CZĘŚĆ 3 Zajęcia z zakresu orientacji przestrzennej – grupa3	200 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 związaną/związanym 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;
 - składałam 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

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

<u>Oświadczenie wymagane od Wykonawcy</u> <u>w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO</u>	
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 wsparcia będzie prowadził w/w specjalista? (należy zaznaczyć)	☐ część 1	☐ część 2	☐ część 3
Wykształcenie (w tym: kierunek studiów, uzyskany tytuł):			

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 1/FPZ/2021

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	☐ część 3
Wykształcenie (w tym: kierunek studiów, uzyskany tytuł):				
Dodatkowe wykształcenie związane z przedmiotem zamówienia (ukończone kursy, uzyskane certyfikaty itp.):				
Doświadczenie:				

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

Załączniki do zapytania nr 1/FPZ/2021

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	☐ część 3
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)

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

Załączniki do zapytania nr 1/FPZ/2021

Specjalista 4; imię i nazwisko:				
Którą część wsparcia będzie prowadził w/w specjalista? (należy zaznaczyć)		☐ część 1	☐ część 2	☐ część 3
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 1/FPZ/2021

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ

W związku z przystąpieniem do udziału w postępowaniu nr **1/FPZ/2021**, 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:

- 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,

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	☐ część 3	
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

