**Załącznik nr 1**

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zelowie

97-425 Zelów

ul. Piotrkowska 12

Miejscowość, dnia ………………………………………

…………………..

pieczątka oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na skierowane zapytanie ofertowe dotyczące zamówienia publicznego realizowanego na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1020 z późn. zm.) oraz zgodnie Regulaminem udzielania zamówień publicznych o wartości nie przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro na dostawy, usługi i roboty budowlane przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zelowie dotyczącego:

Przeprowadzenia 20 godzin warsztatów rozwijania kompetencji wychowawczych dla 25 Uczestników projektu „Akademia Zdrowej Rodziny” realizowanego przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zelowie. Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

1. **Nazwa (Imię i nazwisko) i adres Wykonawcy**

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

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

Nr tel. ..................................................... e-mail .......................................................................

Nr faksu ……………………………………………………………………….…….……………..

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

składam ofertę następującej treści:

1. **Cena brutto za 1 godzinę zegarową realizacji warsztatów kompetencji wychowawczych …………………………. złotych**

**Słownie złotych ………………………………………………………………………..………**

1. **Jednocześnie podpisując niniejszą ofertę oświadczam, że:**
   1. Nie jestem powiązany z zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego 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;
* 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.
  1. Nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne wobec ZUS oraz nie zalegam z opłacaniem podatków.
  2. W stosunku do prowadzonej przeze mnie działalności nie otwarto likwidacji, nie ogłoszono upadłości ani nie wszczęto postępowania upadłościowego.
  3. W pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie warunki i wymagania dotyczące udziału w postępowaniu.
  4. Zapoznałem/am się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.

*(czytelny podpis Wykonawcy)*

**Załącznik nr 2**

**CV**

1. Nazwisko:

2. Imię:

3. Data urodzenia:

4. Narodowość

5. Wykształcenie:

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja |  |
| Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja |  |
| Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja |  |
| Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja |  |
| Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |

6. Znajomość języków obcych: (od 1 do 5 w zależności od stopnia znajomości języka)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Język obcy | Czytanie | Mowa | Pisanie |
| jęz. |  |  |  |
| jęz. |  |  |  |
| jęz. |  |  |  |
| inny (podać jaki )……………………… |  |  |  |

7. Członkostwo w organizacjach:

8. Obecne stanowisko (z uwzględnieniem zaangażowania w realizację innych projektów współfinansowanych ze środków UE):

9. Przebieg pracy zawodowej:

|  |  |
| --- | --- |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) |  |
| Miejsce |  |
| Firma |  |
| Stanowisko |  |
| Opis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) |  |
| Miejsce |  |
| Firma |  |
| Stanowisko |  |
| Opis |  |

10. Inne (np. publikacje, opracowania ):

11. Odbyte szkolenia:

12. Inne umiejętności:

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).*

…………………………………… ………………………………………

miejscowość, data podpis

**Załącznik nr 3**

Imię i nazwisko miejscowość i data

………………………………….. …………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1. aktualnie **nie jestem/jestem[[1]](#footnote-1)** zaangażowany(a) zawodowo w realizację:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i adres Podmiotu** | **Pełnione stanowisko(a) /funkcja** | **Forma[[2]](#footnote-2) zaangażowania zawodowego** | **Wymiar zaangażowania (etat/godziny)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

*Istnieje możliwość zwiększenia liczby wierszy w tabeli*

1. Moje łączne zaangażowanie zawodowe[[3]](#footnote-3) w realizację wszystkich projektów finansowanych   
   z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł i innych podmiotów, nie przekracza 276 godzin miesięcznie.
2. Obciążenia wynikające z zaangażowania mnie do projektu: **„Akademia Zdrowej Rodziny**” nr RPLD.09.02.01-10-A005/16nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich zadań powierzonych mojej osobie.
3. W okresie kwalifikowania mojego wynagrodzenia w projekcie: „Akademia Zdrowej Rodziny” nr RPLD.09.02.01-10-A005/16 zobowiązuję się do spełnienia warunków opisanych w pkt. 2   oraz aktualizacji informacji określonych w pkt.1 w chwili wystąpienia zmiany.

…………………………

data i czytelny podpis

**Załącznik nr 4**

Imię i nazwisko miejscowość i data

**…………………………………….. ………………………………..**

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że aktualnie:

**Jestem/nie jestem\*** zatrudniony(a) w instytucji uczestniczącej w realizacji PO\*\* (program operacyjny, w tym krajowy i regionalny program operacyjny oraz program Europejskiej Współpracy Terytorialnej)

**jestem/nie jestem\*** zatrudniony(a) w instytucji uczestniczącej w realizacji PO\*\* (program operacyjny, w tym krajowy i regionalny program operacyjny oraz program Europejskiej Współpracy Terytorialnej) tj.w………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres instytucji)*

na podstawie stosunku pracy oraz **nie zachodzi/zachodzi**\* konflikt interesów\*\*\* lub podwójne finansowanie.

……………………………………...

*(czytelny podpis)*

\*Niewłaściwe wykreślić

\*\* *Jako instytucję uczestniczącą w realizacji PO* rozumie się Instytucję Zarządzającą PO lub instytucję, do której IZ PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO

\*\*\* Konflikt interesów jest rozumiany jako naruszenie zasady bezinteresowności i bezstronności, tj. w szczególności: przyjmowanie jakiejkolwiek formy zapłaty za wykonywanie zadań mających związek lub kolidujących ze stanowiskiem służbowym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub zajęcia zarobkowego mogącego mieć negatywny wpływ na sprawy prowadzone w ramach obowiązków służbowych, prowadzenie szkoleń, o ile mogłoby to mieć negatywny wpływ na bezstronność prowadzenia spraw służbowych.

1. niewłaściwe wykreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. dotyczy wszystkich form zaangażowania zawodowego, w przypadku stosunku pracy – uwzględnia liczbę dni roboczych w danym miesiącu wynikających ze stosunku pracy (do limitu wlicza się czas nieobecności pracownika związanej ze zwolnieniami lekarskimi i urlopem wypoczynkowym, a nie wlicza się czasu nieobecności pracownika związanej z urlopem bezpłatnym, w przypadku stosunku cywilnoprawnego, samozatrudnienia oraz innych form zaangażowania – uwzględnia czas faktycznie przepracowany, w tym czas zaangażowania w ramach własnej działalności gospodarczej. [↑](#footnote-ref-2)
3. dotyczy wszelkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności w ramach stosunku pracy, stosunku cywilnoprawnego i samozatrudnienia, o którym mowa w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, zaangażowania w ramach prowadzenia własnej działalności gospodarczej. [↑](#footnote-ref-3)