

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”  
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

## Załącznik 1 Formularz ofertowy do Zapytania ofertowego OPS.221.4.2018.MRK

### O F E R T A

#### I. ZAMAWIAJĄCY

##### **Ośrodek Pomocy Społecznej**

ul. Leopolda Lisa Kuli 3A

05-270 Marki

NIP: 1250858724

REGON: 002006716

#### II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Świadczenie usługi specjalistycznego doradztwa na rzecz osób niepełnosprawnych,  
będących uczestnikami projektu "RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny  
model usług społecznych"

#### III. WYKONAWCA

<b>Nazwa/imię i nazwisko Wykonawcy</b>	
<b>Pełen adres Wykonawcy</b>	
<b>Numer telefonu</b>	
<b>NIP/PESEL</b>	
<b>REGON</b>	
<b>Numer Faxu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym</b>	
<b>Numer telefonu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”  
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

#### IV. OFERTA CENOWA

Oferta cenowa realizacji zadania wskazanego w opisie przedmiotu zamówienia wynosi\*  
(należy wypełnić tylko wiersze w zakresie wybranej części zamówienia)

Element przedmiotu zamówienia	j.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto PLN	Wartość podatku VAT	Cena jednostkowa brutto (4+5)	Wartość netto PLN (3x4)	Wartość brutto PLN (3x6)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Usługa specjalistycznego doradztwa na rzecz osób niepełnosprawnych,	godzina	254					

Oferta cenowa realizacji zadania wskazanego w opisie przedmiotu zamówienia wynosi:

Łączna wartość zamówienia wynosi:

- i. Cena Netto \_\_\_\_\_, słownie: \_\_\_\_\_;
- ii. VAT \_\_\_\_\_, słownie: \_\_\_\_\_;
- iii. Cena Brutto \_\_\_\_\_, słownie: \_\_\_\_\_.

#### V. DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY

- a. 1.

#### VI. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, i akceptuję/emy powyższe wymagania oraz nie wnoszę/simy do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam/y że osoba fizyczna lub osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą lub osoby prawne, które będą realizowały przedmiotowe zamówienie dysponują personelem o niżej określonych kwalifikacjach:
  - b. wykształcenie wyższe, preferowane kierunki medyczne i pedagogiczne,
  - c. doświadczenie w świadczeniu usług poradnictwa na rzecz osób niepełnosprawnych,
  - d. uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień. W przypadku wyboru oferty Wykonawcy, jest on zobowiązany dostarczyć przed podpisaniem umowy dokumenty potwierdzające posiadane uprawnienia.
  - e. brak skazania za przestępstwa popełnione umyślnie.
3. Oświadczam/y, że Wykonawca:
  - a. nie podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 oraz ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych,
  - b. posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności;

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”  
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

- c. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
- d. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- 4. Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
- 5. Oświadczam/y, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym.
- 6. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę/simy do nich żadnych zastrzeżeń.

---

(miejsowość, data)

---

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy)