

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.221.7.2018.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

Usługa cateringu podczas szkoleń i warsztatów „Kompetentni rodzice” i „Akademia profesjonalistów” dla uczestników projektu „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”.

III. WYKONAWCA

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

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.

III. 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 cateringu podczas szkoleń i warsztatów	szt. (obiad + przerwa kawowa)	310					

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: _____.

IV. 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:
 - a. wykształcenie wyższe, preferowane kierunki medyczne i pedagogiczne,
 - b. doświadczenie w świadczeniu usług poradnictwa na rzecz osób niepełnosprawnych,
 - c. 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.
 - d. 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;
 - c. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
 - d. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

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.

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.

(miejscowość, data)

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy)