### *Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

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

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

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

 (pieczęć adresowa zleceniobiorcy/imię/nazwisko/adres/telefon/e-mail)

Regon .....................................................

NIP/PESEL .........................................................

Nr telefonu ……………………………………………

**Formularz oferty**

**1.** W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr ………………………… z dnia …...……………………….

zorganizowanie i przeprowadzenie warsztatów/szkoleń dla kandydatów na opiekunów usamodzielnienia, opiekunów usamodzielnienia oraz osób objętych pieczą zastępczą przygotowujących się do usamodzielnienia w Miastku oraz w Bytowie dla uczestników projektu „Razem w drodze Q przyszłości II” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Budżetu Państwa w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020, w ramach Osi Priorytetowej 6 Integracja, Działanie 6.2 Usługi Społeczne, Poddziałanie 6.2.2 Rozwój usług społecznych, **zobowiązuje się do wykonania zamówienia na przeprowadzenie szkoleń/warsztatów w częściach ………………………………………………… na niżej wymienionych warunkach:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ** | **Nazwa części** | **Liczba uczestników** | **Liczba godzin zegarowych** | **Miejscowość odbywania korepetycji na terenie powiatu bytowskiego** | **CENA NETTO ZA 1 H ZAJĘĆ W ZŁ** | **CENA NETTO ZA CAŁOŚĆ W ZŁ (4x6)** | **Zastosowana stawka podatku VAT lub zwolnienie** | **CENA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ W ZŁ****(7+8)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| **I** | **Szkolenie dla kandydatów na opiekunów usamodzielnienia oraz opiekunów usamodzielnienia** | do 10 osób | 9 godzin | Bytów |  |  |  |  |
| **II** | **Szkolenie dla kandydatów na opiekunów usamodzielnienia oraz opiekunów usamodzielnienia** | do 10 osób | 9 godzin | Miastko |  |  |  |  |
| **III** | **Modelowe działania dla osób objętych pieczą zastępczą przygotowujących się do usamodzielnienia w wieku 14-16 lat** | do 10 osób | 20 godzin | Bytów |  |  |  |  |
| **IV** | **Modelowe działania dla osób objętych pieczą zastępczą przygotowujących się do usamodzielnienia w wieku 14-16 lat** | do 10 osób | 20 godzin | Miastko |  |  |  |  |
| **V** | **Modelowe działania dla osób objętych pieczą zastępczą przygotowujących się do usamodzielnienia w wieku 17 lat i powyżej** | do 10 osób | 12 godzin | Bytów |  |  |  |  |
| **VI** | **Modelowe działania dla osób objętych pieczą zastępczą przygotowujących się do usamodzielnienia w wieku 17 lat i powyżej** | do 10 osób | 12 godzin | Miastko |  |  |  |  |

**2.** Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym
na przeprowadzenie ww. zajęć oraz je w pełni akceptuję.

**3.** Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

**4.** Oświadczam, iż oferta zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu oferty włącznie
z wszelkimi kosztami wynikającymi z zapisów ogłoszenia.

………………………………..

 miejscowość i data

 …………………………………………………

Czytelny podpis (w przypadku parafki pieczątka imienna)

upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

**Wykonawca:**

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

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

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

 (pieczęć adresowa zleceniobiorcy/imię/nazwisko/adres/telefon/e-mail)

NIP ……………………..……………….

Regon ………………..………………….

***OŚWIADCZENIE***

***o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu***

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, zgodnie
z przepisami prawa.
2. **Wykonam zamówienie osobiście**, tzn. posiadam wyższe kierunkowe o profilu:

a) psychologicznym lub pedagogicznym - dla warsztatów/szkoleń w częściach I, II;\*

b) psychologicznym lub pedagogicznym oraz dietetyka – w zakresie szkolenia z dietetyki – dla warsztatów/szkoleń w częściach III, IV;\*

c) psychologicznym lub pedagogicznym oraz doradztwo zawodowe – w zakresie szkolenia
z doradcą zawodowym - dla warsztatów/szkoleń w częściach V, VI.\*

 lub

 **dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia**, tzn., że osoby, które będą prowadziły warsztaty/szkolenia posiadają wykształcenie wyższe kierunkowe o profilu:

a) psychologicznym lub pedagogicznym - dla warsztatów/szkoleń w częściach I, II;\*

b) psychologicznym lub pedagogicznym oraz dietetyka – w zakresie szkolenia z dietetyki – dla warsztatów/szkoleń w częściach III, IV;\*

c) psychologicznym lub pedagogicznym oraz doradztwo zawodowe – w zakresie szkolenia
z doradcą zawodowym - dla warsztatów/szkoleń w częściach V, VI.\*

3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy
z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu
agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 r., poz. 835).

………………………………..

 miejscowość i data

 …………………………………………………

Czytelny podpis (w przypadku parafki pieczątka imienna)

upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

\* Właściwe podkreślić

*Załącznik numer 3 do zapytania ofertowego*

Oświadczenie o braku

**powiązań osobowych lub kapitałowych**

Oświadczam, że nie jestem powiązany/a kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym ( *Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie)*  w szczególności poprzez:

1. uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub osobowej;

2. posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji;

3. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

4. pozostawanie 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;

........................................................ dnia ...............…. r.

 (miejscowość) (data)

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

 Czytelny podpis (w przypadku parafki pieczątka imienna)

upoważnionego przedstawiciela wykonawcy