



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 2/ZK/SAZ/2024 z dnia 17.10.2024 r.

Miejscowość	
Data	
FORMULARZ OFERTOWY	
Wykonawca	
Adres	
Telefon	
E-mail	

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr **2/ZK/SAZ/2024** z dnia **17.10.2024** r., którego przedmiotem jest przeprowadzenie szkolenia prowadzącego do nabycia kompetencji i/lub uzyskania kwalifikacji zawodowych pn. „**Pracownik biurowy z obsługą komputera**” dalej zwanego „szkoleniem” dla średnio 24 Beneficjentów/ek Ostatecznych (2 grupy szkoleniowe średnio 12 osobowe) w ramach projektu pn. „**Spektrum Aktywności Zawodowej**” dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie umowy UM/PW9/2024/2/O_LUBELSKI/4238 w ramach konkursu 1/2023 pn. „Możemy więcej”, przedstawiam moją ofertę.

Przeprowadzenie szkolenia podnoszącego kompetencje pn. „Pracownik biurowy z obsługą komputera”	
Cena szkolenia dla 1 uczestnika (w złotych brutto¹)	
	Słownie:

¹ Cena w ofercie musi być podana w walucie polskiej i być ceną brutto, tzn. obejmować wszystkie należne podatki, obciążenia i koszty związane z realizacją usługi.



OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Jednocześnie podpisując niniejszą ofertę oświadczam, że:

- a) 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:
 - ✓ uczestnictwie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
 - ✓ posiadaniu udziałów lub co najmniej 10% akcji;
 - ✓ pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
 - ✓ pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
- b) W pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie warunki i wymagania dotyczące udziału w postępowaniu.
- c) Nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec: Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego.
- d) Zapoznałem/am się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki nim zawarte.
- e) Posiadam potencjał organizacyjno-techniczny² niezbędny do wykonania zleconej usługi.
- f) Posiadam udokumentowaną wiedzę i doświadczenie, niezbędne do przeprowadzenia szkolenia „Pracownik biurowy z obsługą komputera”.
- g) Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie niniejszego zamówienia.
- h) Oświadczam, że termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert.
- i) W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
- j) Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.
- k) 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. poz. 835).

Świadomy/i odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w Załącznikach nr 1 i 2 do zapytania ofertowego oraz innych przedłożonych dokumentach są zgodne z prawdą.

Miejscowość, data	Czytelny podpis i pieczętka Wykonawcy

² Za potencjał organizacyjno-techniczny uważa się: m.in. dostęp do sieci Internet i sprzęt komputerowy umożliwiający prowadzenie szkolenia.



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Spektrum Aktywności Zawodowej

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych