**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 1/09/2019 - RPMA.09.02.02-14-a237/18**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres Wykonawcy |  |
| Adres do korespondencji |  |
| NIP Wykonawcy |  |
| E-mail Wykonawcy |  |
| Telefon Wykonawcy |  |
| Fax Wykonawcy |  |

FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY skierowany do: Better Place Piotr Ślusarczyk, ul. Graniczna 15 a, 05-830 Nadarzyn.

Nawiązując do Zapytania ofertowego nr 1/09/2019 - RPMA.09.02.02-14-a237/18 na przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjno-terapeutycznych oraz porad – konsultacji indywidualnych w ramach projektu „Przyszłe pokolenia bez wad postawy - profilaktyka i terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego”, przedstawiam następującą ofertę cenową:

**Część I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Usługa | J.m. | Cena jedn. brutto za 1 godzinę dla 1 uczestnika zajęć |
| 1 | Przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjnych – terapeutycznych dla dzieci klas I -VI szkoły podstawowej | osobo-godzina |  |

Liczba łącznie deklarowanych osobo-godzin realizacji usługi: ………………

Wykaż osób realizujących usługę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Posiadane uprawnienia |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| … |  |  |

Deklaruję pełna dyspozycyjność w godz. 8.00-18.00 sześć dni w tygodniu (poniedziałek-sobota, w wyjątkowych wypadkach również w niedzielę) włączając okres ferii oraz wakacyjny, możliwość dokonywania zmian w harmonogramie zajęć przez Zamawiającego z 24 godz. wyprzedzeniem w okresie do 31.08.2020 r.: TAK/NIE\*

*\*niepotrzebna skreślić*

**Część II**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Usługa | J.m. | Cena jedn. brutto za 1 godzinę konsultacji za 1 osobę |
| 1 | Przeprowadzenie porad – konsultacji indywidualnych dla dzieci klas I – VI szkoły podstawowej | konsultacja |  |

Liczba łącznie deklarowanych konsultacji: ………………

Wykaż osób realizujących usługę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Posiadane uprawnienia |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| … |  |  |

Deklaruję pełna dyspozycyjność w godz. 8.00-18.00 sześć dni w tygodniu (poniedziałek-sobota, w wyjątkowych wypadkach również w niedzielę) włączając okres ferii oraz wakacyjny, możliwość dokonywania zmian w harmonogramie zajęć przez Zamawiającego z 24 godz. wyprzedzeniem w okresie do 31.08.2020 r.: TAK/NIE\*

*\*niepotrzebna skreślić*

2. Oświadczam/y że:

1. posiadam(my) uprawnienia do wykonywania określonej w niniejszym postępowaniu działalności lub czynności zgodnie z wymogami ustawowymi,
2. posiadam(my) wiedzę i doświadczenie, dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
3. znajduję(my) się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
4. po zapoznaniu się z warunkami zamówienia akceptuję(my) je bez zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,
5. zobowiązuję(my) się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
6. akceptuję(my) termin związania ofertą, który wynosi 30 dni od wyznaczonego dnia na składanie ofert,
7. świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie zdefiniowanym niniejszym formularzem wyłącznie przez:
8. Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych (MJWPU), ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa, oraz
9. ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, mającego siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa,

w celach realizacji projektu nr RPMA.09.02.02-14-a237/18, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/ny, że w tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy.

*Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:*

1. Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 1/09/2019 - Oświadczenie o braku powiązań z Zamawiającym.

2. Załącznik nr 3 do zapytania nr 1/09/2019 - Oświadczenie RODO.

3. Dokumenty (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta) potwierdzające posiadanie uprawnień do wykonywania działalności i czynności objętych przedmiotem zamówienia przez osoby/ personel dedykowany do realizacji przedmiotu zamówienia (aktualny wpis do Krajowej Izby Fizjoterapeutów lub posiadanie uprawnień do wykonywania zawodu lekarz o specjalności rehabilitacja).

4. Aktualny wydruk CEIDG lub KRS.

*..........................................................................................*

*Miejscowość, data oraz pieczęć i podpis Wykonawcy/ów*