**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 1/01/2020 - RPMA.09.02.02-14-b237/18**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa albo imię i nazwisko Wykonawcy |  |
| Adres siedziby/zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| NIP Wykonawcy *(nie dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej)* |  |
| E-mail Wykonawcy |  |
| Telefon Wykonawcy |  |

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

Nawiązując do zapytania ofertowego nr 1/01/2020 - RPMA.09.02.02-14-b237/18 na przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla dzieci i rodziców oraz warsztatów edukacyjno - szkoleniowych dla pracowników oświaty oraz Podstawowej Opieki Zdrowotnej w ramach projektu „Przyszłe pokolenia bez wad postawy - profilaktyka i terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego”, przedstawiam następującą ofertę cenową:

**Cześć I**

1) Oferta cenowa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Usługa | J.m. | Cena jedn. brutto za przeprowadzenie 1 zajęć dla 1 uczestnika projektu (dziecka) |
| 1 | Przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla dzieci i rodziców | osoba |  |

Liczba deklarowanych uczestników zajęć (dzieci) dla których przeprowadzono zajęcia: ……………… osoby

Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia:

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

2) Deklaruję gotowość do świadczenia usług w niedziele w okresie od zawarcia umowy do 31.08.2020 r.: TAK/NIE\*

3) 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*

**Cześć II**

1) Oferta cenowa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Usługa | J.m. | Cena jednostkowa brutto za przeprowadzenie 1 warsztatu |
| 1 | Przeprowadzenie warsztatów edukacyjno - szkoleniowych dla pracowników oświaty oraz Podstawowej Opieki Zdrowotnej | warsztat |  |

Liczba deklarowanych warsztatów: ……………… warsztatów.

Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia:

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

2) Deklaruję gotowość do świadczenia usług w niedziele w okresie od zawarcia umowy do 31.08.2020 r.: TAK/NIE\*

3) 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, dysponujemy 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 (my) zgodę na przetwarzanie moich (naszych) 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-b237/18, 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 (my), 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 danych 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 1/01/2020 - Oświadczenie o braku powiązań z Zamawiającym.

2. Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego nr 1/01/2020 - 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 z aktualnym prawem wykonywania zawodu ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji z ortopedii i traumatologia narządu ruch lub rehabilitacji medycznej).

4. Aktualny wydruk CEIDG lub KRS.

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

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