



Załącznik nr 1

WZÓR FORMULARZA OFERTY

ZAMAWIAJACY:

Sudecki Instytut Rozwoju Regionalnego,
ul. Długa 6, 58 – 100 Świdnica

imię i nazwisko, adres opiekuna/asystenta

Tel. _____, Mail: _____

Nawiązując do zapytania ofertowego, prowadzonego w trybie zasady konkurencyjności, którego przedmiotem są: usługi opiekuńcze/asystenckie w ramach projektu „**Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością**”, współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014–2020, Priorytet 9 „Włączenie społeczne”, Działanie 9.2 „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych”, Poddziałanie 9.2.1 „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne”,

niniejszym ja, niżej podpisany/na, oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z przedmiotem zamówienia i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym za:

1. **Cena brutto za 1 godz. usług asystenckich:**zł
(słownie:.....zł)
2. **Cena brutto za 1 godz. usług opiekuńczych:**zł
(słownie:.....zł)
3. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1	
2	
3	
4	
5	
6	



Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany w ramach RPO WD 2014-2020

Inne

.....
.....

4. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem informacje konieczne do przygotowania oferty.
5. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego
6. Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych stronach.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....
czytelny podpis



Załącznik nr 2

O Ś W I A D C Z E N I E

Nawiązując do zapytania ofertowego, prowadzonego w trybie zasady konkurencyjności, którego przedmiotem są: usługi opiekuńcze/asystenckie w ramach projektu „**Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością**”, współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014–2020, Priorytet 9 „Włączenie społeczne”, Działanie 9.2 „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych”, Poddziałanie 9.2.1 „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne”, oświadczam, że:

- Jestem osobą pełnoletnią,
- Jestem w stanie zdrowia umożliwiającym świadczenie usług asystenckich/opiekuńczych,
- legitymuję się co najmniej wykształceniem podstawowym /gimnazjalnym,
- posiadam miejsce zamieszkania na terenie jednego z powiatów: **jaworski, kłodzki, ząbkowicki**
- należę do osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu:
 - bezrobocia sprofilowanego jako najbardziej oddalonego od rynku pracy, zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
 - nieaktywności zawodowej,

Pierwszeństwo przy wyborze ofert będą miały osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu bezrobocia sprofilowanego, jako najbardziej oddalonego od rynku pracy, zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, bądź nieaktywności zawodowej.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....

czytelny podpis



Załącznik nr 3

O Ś W I A D C Z E N I E

Nawiązując do zapytania ofertowego, prowadzonego w trybie zasady konkurencyjności, którego przedmiotem są: usługi opiekuńcze/asystenckie w ramach projektu „**Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością**”, współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014–2020, Priorytet 9 „Włączenie społeczne”, Działanie 9.2 „ Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych, Poddziałanie 9.2.1 „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne” oświadczam, że:

Ukończyłem/łam szkolenie dla kandydatów na opiekunów i/lub asystentów osób niepełnosprawnych w wymiarze i w zakresie tożsamym, co najmniej wskazanym w treści przedmiotowego zapytania ofertowego w pkt. III „WARUNKI UDZIAŁU W ZAPYTANIU/ KWALIFIKACJE” ppkt. 5, 6 oraz z wynikiem pozytywnym zdałem/łam egzamin.

Do niniejszego oświadczenia dołączam zaświadczenie o ukończeniu przedmiotowego szkolenia.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....
czytelny podpis



Załącznik nr 4

O Ś W I A D C Z E N I E

Nawiązując do zapytania ofertowego, prowadzonego w trybie zasady konkurencyjności, którego przedmiotem są: usługi opiekuńcze/asystenckie w ramach projektu „**Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością**”, współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014–2020, Priorytet 9 „Włączenie społeczne”, Działanie 9.2 „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych”, Poddziałanie 9.2.1 „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne”, oświadczam, że:

- posiadam ważne badania lekarskie,
- zobowiązuję się do ich dostarczenia najpóźniej w dniu podpisania umowy o świadczenie przedmiotowych usług

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....
czytelny podpis



Załącznik nr 5

.....
(Imię i nazwisko)

- W przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian na rynku pracy jest zobowiązany/na niezwłocznie poinformować Zamawiającego.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą

..... dnia

.....
czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIE

o braku powiązań osobowych i kapitałowych

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

(imię i nazwisko)

Przystępując do postępowania w trybie zasady konkurencyjności, którego przedmiotem są usługi opiekuńcze/asystenckie w ramach projektu „**Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością**”, współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014–2020, Priorytet 9 „Włączenie społeczne”, Działanie 9.2 „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych”, Poddziałanie 9.2.1 „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne”

- oświadczam, że nie jestem powiązana/y z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między mną a Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego, lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru, a polegające w szczególności na:

- 1) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- 2) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- 3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 4) 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.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....
czytelny podpis