Załącznik nr 1

**FORMULAR Z OFERTOWY**

na realizację zadania pn. **Przeprowadzenie indywidualnej diagnozy potrzeb uczestników projektu**: „Nowe horyzonty” realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchej Beskidzkiej. Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.1.1  Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

1. **Nazwa i adres Zamawiającego**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

w Suchej Beskidzkiej

ul. Mickiewicza 19

34-200 Sucha Beskidzka

**2.** **Warunki wykonania zamówienia**

1. termin wykonania zamówienia: od podpisania umowy do 31.12.2021 r.
2. warunki płatności: miesięcznie 21 dni od przedłożenia rachunku/faktury – za zrealizowaną liczbę godzin w danym miesiącu. Niezależnym warunkiem zapłaty za realizację zamówienia jest dostępność środków na rachunku bankowym Zamawiającego, uzależniona od transferów z Instytucji Pośredniczącej.

**3. Nazwa i adres wykonawcy:**

Nazwa: ………………………………………………………………………………………..

Adres: …….…………………………………………………………………….……………

NIP: ………………………………………………..

nr faksu/telefonu: …………………………………

e-mail: …………………………………

1. **Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:**
* cenę netto za godzinę: …………………………….zł (słownie:……………………….…………...…)
* podatek VAT (…….%): ………………………...zł
* cenę brutto za godzinę ……………………………zł, (słownie:………………………………………)
* wartość zmówienia brutto (480 godzin x cena jednostkowa brutto)………………… zł (słownie:………………………………………)

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami jego wykonania. Akceptuję je w całości i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, iż wynagrodzenie (cena ofertowa brutto) obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją prac objętych przedmiotem zamówienia, w tym ryzyko Wykonawcy z tytułu oszacowania wszelkich kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia, a także oddziaływania innych czynników mających lub mogących mieć wpływ na koszty, a w przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej również wszelkie należności z tytułu podatków i składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego zarówno po stronie Zamawiającego,  jak i Wykonawcy.

………………………, dnia …………………                ….………….……………………….

                                                                                                        podpisy osób uprawnionych

 do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE**

W związku z realizacją zadania pn. **Przeprowadzenie indywidualnej diagnozy potrzeb uczestników projektu**: „Nowe horyzonty” realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchej Beskidzkiej. Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.1.1  Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

oświadczamy, że:

1. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności;
2. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
3. spełniamy warunki udziału w postępowaniu opisane przez Zamawiającego:
4. w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert w postępowaniu,
a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, przeprowadzili Indywidualną Diagnozę Potrzeb oraz planowali indywidualną ścieżkę wsparcia na rzecz klientów jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w min. 2 ośrodkach dla min. 120 osób łącznie:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi** | **Data rozpoczęcia** | **Data zakończenia** | **Odbiorca** | **Ilość osób** | **Łączna ilość godzin** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

1. Dysponują personelem niezbędnym do wykonania usługi opisanej w przedmiocie zamówienia, zespołem składającym się z następujących specjalistów: psychologa, doradcy zawodowego oraz osoby posiadającej – zgodnie z prawem krajowym – kwalifikacje pracownika socjalnego.

Wykaz specjalistów którymi będzie dysponował wykonawca w ramach realizacji usługi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane kwalifikacje** | **Sposób dysponowania** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

**Liczbę wierszy w tabeli w razie potrzeby można zwiększyć.**

Świadom(i) odpowiedzialności karnej (art. 297 Kodeksu karnego), oświadczam(y), że zawarte powyżej informacje opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty

………………………, dnia …………………                 …..……………………….

                                                                                                        podpisy osób uprawnionych

 do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIA OD WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNAINIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu **związanym z postępowaniem rozeznania rynku** na zadania pn. **Przeprowadzenie indywidualnej diagnozy potrzeb uczestników projektu „Nowe horyzonty”** realizowanym w ramach działania 9.1. Aktywna Integracja, poddziałania 9.1.1  Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

……..…………………………….. ………………………………………….

 (miejscowość, data) podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 4

**ZGODA NA PRZETWARZANIE I PRZECHOWYWANIE DANYCH**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Suchej Beskidzkiej z dnia 13.02.2019 r. na realizację zadania pn. **Przeprowadzenie indywidualnej diagnozy potrzeb uczestników projektu**: „Nowe horyzonty” realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchej Beskidzkiej. Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.1.1  Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie w celu związanym z postępowaniem rozeznania rynku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzanie danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.**

……..…………………………….. ………………………………………….

 (miejscowość, data) podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosowanie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa ( usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie) [↑](#footnote-ref-1)