

**FORMULARZ OFERTOWY**

dotyczący oferty na świadczenie usług z zakresu wsparcia zdrowia psychicznego osób niesamodzielných (zapytanie ofertowe z dnia 18.10.2018 r.)- załącznik nr 1 do w/w zapytania

**a) DANE ZAMAWIAJĄCEGO**

<b>Zamawiający:</b>	
Nazwa	Medical Sp. z o. o.
Forma prawna	Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Numer REGON	101773155
Numer NIP	7331347712
<b>Dane teleadresowe Zamawiającego:</b>	
Adres do korespondencji	95- 015 Głowno, ul. Sosnowa 4
E-mail	<a href="mailto:medical.glowno@interia.pl">medical.glowno@interia.pl</a>
Godziny pracy	8:00 – 16:00
Osoba do kontaktu (przedstawiciel Zamawiającego)	Olga Ciszewska

**b) DANE OFERENTA**

Imię i nazwisko	
Adres Oferenta	
Telefon Oferenta	
Adres e-mail Oferenta	

**c) OFERTA**

W odpowiedzi na Zapytanie Ofertowe z dnia 18.10.2018 r. w sprawie zamówienia na świadczenie usług z zakresu wsparcia zdrowia psychicznego osób niesamodzielných w ramach projektu: „Program wsparcia osób niesamodzielných i ich opiekunów faktycznych w powiecie łowickim”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 składam niniejszą ofertę i zobowiązuję się wykonać przedmiotowe zamówienie, zgodnie z wszystkimi warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym, mając na względzie cel i charakter Projektu oraz uwarunkowania związane z jego realizacją z funduszy UE. Przedmiotowe zamówienie **zobowiązuje się** wykonać na następujących oferowanych przeze mnie warunkach:

Kryterium 1: Cena

Usługa	Cena jednostkowa brutto brutto za godzinę zegarową usługi [PLN]	Planowana łączna ilość godzin wsparcia w ramach projektu	Cena brutto brutto oferty ogółem (cena jednostkowa brutto brutto za godzinę x planowana łączna ilość godzin w ramach projektu) [PLN]
Cena brutto za usługi z zakresu wsparcia zdrowia psychicznego osób niesamodzielných		400 h zegarowych	

Kryterium 2: Doświadczenie zawodowe

Brzmienie kryterium	Liczba lat
Posiadane doświadczenie zawodowe (udokumentowane)- liczba lat.	

**d) OŚWIADCZENIA OFERENTA**

Ja niżej podpisany, będący Oferentem/ działając w imieniu wskazanego wyżej Oferenta, jako osoba upoważniona do złożenia niżej opisanych oświadczeń w imieniu własnym/Oferenta **niniejszym oświadczam**, zgodnie z prawdą i pod rygorem odpowiedzialności prawnej, że:

- 1) Spełniam warunki udziału w wyżej wymienionym zamówieniu, nie podlegam wykluczeniu z udziału w postępowaniu
- 2) Posiadam niezbędne uprawnienia do niezakłóconej realizacji przedmiotu zamówienia, niezbędne środki techniczno- organizacyjne, doświadczenie, wiedzę, kwalifikacje, zgodne z wymaganiami zapytania ofertowego i warunkami stawianymi względem Wykonawcy
- 3) Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych
- 4) Władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu psychologa
- 4) W ciągu ostatnich 3 lat przed wszczęciem postępowania nie wyrządziłem (Oferent nie wyrządził) w stosunku do Zamawiającego szkody przez to że nie wykonałem lub nienależycie wykonałem zobowiązanie wobec Zamawiającego (z wyłączeniem sytuacji będących następstwem okoliczności, za które nie ponoszę/Oferent nie ponosi odpowiedzialności),
- 5) Nie jestem/Oferent nie jest osobą fizyczną prawomocnie skazaną za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego lub za inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych,

- 6) Ja niżej podpisany/Oferent nie jest osobą prawną, której urzędujących członków władz skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego albo inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych,
- 7) Oferent znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej niezakłóconą realizację zamówienia,
- 8) Oświadczam, że Oferent, ja/osoba którą reprezentuję, a który/a ubiega się o udzielenie zamówienia w ramach niniejszego postępowania, nie jestem/jest powiązany osobowo lub kapitałowo z: Zamawiającym, z innymi osobami zatrudnionymi u Zamawiającego, z osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego, z osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, uczestniczącymi w imieniu Zamawianego w przygotowaniu, realizacji i ocenie zapytania ofertowego w odpowiedzi na które składana jest niniejsza oferta, tj. ww. powiązania polegają w szczególności na:
  - uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
  - posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
  - pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika; - pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli w stosunku do w/w osób.
- 9) Świadczone w ramach niniejszej oferty usługi będą wykonywane zgodnie z zapisami zapytania ofertowego.
- 10) W stosunku do Oferenta nie wszczęto postępowania upadłościowego oraz nie ogłoszono jego upadłości.

**e) ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

Przedkładam następujące dokumenty (oryginały lub poświadczone za zgodność z oryginałem):

<b>OPIS DOKUMNETU</b>	<b>Krótki opis (nazwa) i liczba załączników (stron)</b>
Zapytanie ofertowe (wydruk, parafowane)	Parafowane zapytanie ofertowe, _____ str.
Dyplom/y/zaświadczenie/a	Parafowane ....., ..... ..... ..... ....., _____ str.
Referencje, świadectwa pracy, zawarte kontrakty, umowy cywilno- prawne i inne	Parafowane ....., .....



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



	..... ..... ..... ....., _____ str.
--	--

Dodatkowe:	Parafowane ..... ..... _____ str.
------------	---

**Niniejsza oferta jest ważna w terminie 30 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.**

#### **f) INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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), dalej „RODO”,

Medical Sp. z o.o. informuje, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Medical Sp. z o. o. z siedzibą przy ulicy Sosnowej 4 w Głownie o numerze KRS 0000518699;
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z prowadzonym niniejszym zapytaniem ofertowym dot. świadczenia usług z zakresu zdrowia psychicznego osób niesamodzielnych z dn. 18.10.2018 r. oraz w celu prawidłowej realizacji projektu;
3. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
4. posiada Pani/Pan:
  - a) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - b) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych ;
  - c) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*;
  - d) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
5. nie przysługuje Pani/Panu:



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



- a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

\* **Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Oferenta