



Załącznik nr 1	Zapytanie ofertowe nr: 21/2019/KIF/EFS
-----------------------	---

FORMULARZ OFERTY

Data:	
Imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy:	
Adres / siedziba:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia usług w zakresie **przeprowadzenia w Warszawie szkolenia dla fizjoterapeutów pn. Badanie, strategii terapii i dokumentacja w fizjoterapii neurologicznej** przedstawiam poniżej ofertę wykonania usługi.

1. Wynagrodzenie za przeprowadzenie szkolenia łącznie przez trenera prowadzącego i wspomagającego:

Przeprowadzenie jednego szkolenia (40 godz. dydaktycznych) - zł brutto

słownie: zł brutto

2. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera prowadzącego:

Liczba przeprowadzonych kursów/szkoleń (minimum 1) -

3. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera wspomagającego:

Liczba przeprowadzonych kursów/szkoleń (minimum 1) -

- 1) Cena wskazana powyżej uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją umowy.
- 2) Cena oferowana są ceną stałą w okresie obowiązywania umowy.
- 3) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz, że przyjmuję bez zastrzeżeń wymagania zawarte w jej treści.
- 4) Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
- 5) Oświadczam, iż znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie zamówienia.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis oferenta lub osoby
uprawnionej do reprezentowania oferenta

* Cena brutto obejmuje

- w przypadku osób fizycznych: podatek oraz składki ZUS należne zarówno od pracownika jak i pracodawcy
- w przypadku Oferentów prowadzących działalność gospodarczą: podatek VAT



Załącznik nr 2:	Zapytanie ofertowe nr: 21/2019/KIF/EFS
-----------------	--

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCĄ

W związku ze złożeniem oferty na *Przeprowadzenie w Warszawie szkolenia dla fizjoterapeutów pn. Badanie, strategię terapii i dokumentacja w fizjoterapii neurologicznej*, realizowanych w ramach Projektu „Podniesienie kompetencji zawodowych fizjoterapeutów, zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

oświadczam, iż nie jestem/jestem*

powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające 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 (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

* wybrać właściwe

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oferenta lub osoby
uprawnionej do reprezentowania oferenta



Załącznik nr 3	Zapytanie ofertowe nr:	21/2019/KIF/EFS
-----------------------	-------------------------------	------------------------

WYKAZ DOKUMENTUJĄCY POSIADANĄ WIEDZĘ I DOŚWIADCZENIE NIEZBĘDNE DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Oświadczam, że:

1. Osoba skierowana do pełnienia funkcji trenera prowadzącego posiada:

Imię i nazwisko	
Tytuł zawodowy	
Uczelnia, na której tytuł zawodowy został uzyskany	
Nr prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty	

Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/kursów z zakresu fizjoterapii o tematyce zgodnej z przedmiotem zamówienia:

Lp.	Odbiorca prac (nazwa instytucji)	Termin realizacji szkolenia	Nazwa szkolenia lub kursu	Liczba godzin przypadająca na szkolenie	Liczba uczestników szkolenia

2. Osoba skierowana do pełnienia funkcji trenera wspomagającego posiada:

Imię i nazwisko	
Nr prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty	

Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/kursów z zakresu fizjoterapii o tematyce zgodnej z przedmiotem zamówienia:

Lp.	Odbiorca prac (nazwa instytucji)	Termin realizacji szkolenia	Nazwa szkolenia lub kursu	Liczba godzin przypadająca na szkolenie	Liczba uczestników szkolenia

Załącznikami do niniejszej oferty jest:



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



1. Skan/kopie dokumentów potwierdzających posiadanie wskazanego tytułu zawodowego.
2. Dowody potwierdzające należyte wykonanie usług uwzględnionych w wykazie.

Oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszej ofercie są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej dotyczącej poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oferenta lub osoby
uprawnionej do reprezentowania oferenta