

Projekt „Aktywny Bolesław” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach poddziałania 9.1.1 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Numer projektu RPMP.09.01.01-12-0075/18

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa Wykonawcy:

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

REGON ............................................................ NIP………….....………………………….....

Adres............................................................................................................................................

powiat ................................................ województwo .................................................................

tel. ........................................... fax. ………………………… e-mail. .......................................

Nawiązując do prowadzonego postępowaniana realizację zadania pn.:

Pełnienia funkcji Specjalisty ds. indywidualnej diagnozy potrzeb w ramach projektu: „Aktywny Bolesław” realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bolesławiu. Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.1.1 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy wynagrodzeniu za godzinę brutto wynoszącym…………… PLN (słownie: ................................................................................),

stawka podatku VAT wynosi ........%, cena netto za godzinę wynosi ......................... PLN.

1. Łączny koszt realizacji usług przy założeniu realizacji maksymalnie 540 godzin wynosi brutto ………………………. zł.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.
3. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w zakresie przeprowadzania Indywidualnych Diagnoz Potrzeb oraz planowania indywidualnej ścieżki wsparcia w ramach następujących projektów finansowanych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot usługi**  | **Data rozpoczęcia** | **Data zakończenia** | **Odbiorca** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

1. Wykaz specjalistów którymi dysponował będzie wykonawca w ramach realizacji usługi:

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

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

....................... dnia ......................... ..........................................................

podpis wraz z pieczątką osoby

 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy