Projekt „Centrum Usług Społecznych w Gminie Myślenice” nr **POWR.02.08.00-00-0057/20** współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym

Myślenice, …………………….

OFERTA

**Indywidualne wsparcie neurologopedyczne dla mieszkańców gminy Myślenice,**

**w wymiarze maksymalnie 240 godzin.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy:** |  |
| **ulica:** |  | **nr domu:** |  | **nr lokalu:** |  |
| **kod:** |  | **miejscowość:** |  |
| **Powiat:** |  | **Województwo:** |  |
| **NIP:** |  | **REGON:** |  |
| **Tel/fax:** |  | **E-mail** (na potrzeby postępowania): |  |
| **Nazwa rejestru działalności gospodarczej** (np. KRS, CEIDG) i nr w rejestrze (jeśli występuje) |  |
| **Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentacji na podstawie rejestru** |  |
|  |
| **Informacja MŚP**Wykonawca, którego reprezentuję/reprezentujemy *(zaznaczyć właściwe)***꙱Mikroprzedsiębiorstwem**: (przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR)**; **꙱Małe przedsiębiorstwo**:  (przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR)**;**꙱Średnie przedsiębiorstwa**: **(**przedsiębiorstwa, które nie są mikro przedsiębiorcami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudnia mniej niż 250 osób i których roczny obrót **nie  przekracza 50 milionów EUR** lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 43 milionów EUR)****꙱inne** |
| Czy osoba podpisującą ofertę w imieniu wykonawcy/ów działa na podstawie pełnomocnictwa? | TAK / NIE\*(jeśli TAK dołączyć do oferty pełnomocnictwo) |
| **Adres lokal na terenie Myślenic w którym prowadzone będą usługi:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zadanie | Ilość[h]  | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| Indywidualne wsparcie neurologopedyczne dla mieszkańców gminy Myślenice.  | 240 |  |  |
| **Imię i nazwisko osoby**, która będzie realizowała usługę | **Data** ukończenia studiów wyższych | **Ilość lat** doświadczenia w świadczeniu usługi indywidualnego wsparcia neurologopedycznego  |  |
|  |  |  |  |

**Informacje oceniane dotyczące wskazanej wyżej osoby, która będzie realizowała usługę:**

- oświadczam iż ww. posiada …….. letnie doświadczenie w realizacji **usługi indywidualnego wsparcia neurologopedycznego**

- oświadczam, iż ww. posiada ………… letnie doświadczenie w realizacji **usługi indywidualnego wsparcia neurologopedycznego** dla ………… osób

**II. Oświadczam, że:**

1. Prowadzę / nie prowadzę\* działalność gospodarczą na terenie Gminy Myślenice, w przypadku gdy ofertę składa osoba fizyczna .
2. Zapoznałem/am się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Nie zachodzą /zachodzą\* w stosunku do mnie lub podmiotu który reprezentuję podstawy wykluczenia o których mowa w  art. 7 ust 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 r. poz. 835)

**IV. Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych**

W odpowiedzi na ROZEZNANIE DOSTĘPNEJ OFERTY RYNKOWEJ dotyczącej indywidualnego wsparcia neurologopedycznego dla mieszkańców Gminy Myślenice oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym jak również osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru Wykonawcy, wskazanymi w pkt VIII Rozeznania

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w mieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, 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 drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;
5. pozostawaniu, przed upływem 3 lat od dnia wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia w stosunku pracy lub zlecenia z wykonawcą lub były członkami organów zarządzających lub organów nadzorczych wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia;
6. pozostawaniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności.

W załączeniu do oferty składam:

\*-niepotrzebne skreślić