***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

……………………………….…………. …………………..….………………….

(Imię i nazwisko Oferenta) (Miejscowość i data)

Propozycja cenowa kierowana do:

**Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorski Oddział Regionalny w Szczecinie**

**Al. Papieża Jana Pawła II 42/U9**

**70-415 Szczecin**

W odpowiedzi na Rozeznanie rynku z dnia 18 listopada 2019 r. na **dostawę obiadów oraz bufetu kawowego** będącego przedmiotem zamówienia w ramach projektu Nr RPWP.07.06.00-IP.02-32-K41/18 pt.: „Nie ma jak w domu”, dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020:

Oś priorytetowa VII. Włączenie społeczne

Działanie: 7.6. Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym

Cel szczegółowy : Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym

niniejszym składam ofertę:

|  |
| --- |
| Dane Wykonawcy: |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| NIP |  |
| Dane Osoby Kontaktowej: |
| Imię i Nazwisko |  |
| Adres e-mail |  |
| Telefon |  |
| Parametry oferty: |
| Data przygotowania oferty |  |

**Oferta cenowa:**

**Zadanie I**

Dostawa do:

1. Placówki Wsparcia Dziennego w Karkowie, 73-120 Chociwel, Karkowo 1A,

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

1. Placówki Wsparcia Dziennego w Stobnie, 72-001 Kołbaskowo, Stobno 28a

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

1. Placówka Wsparcia Dziennego w Starzycach, 73-120 Chociwel, Starzyce 14

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

1. Placówka Wsparcia Dziennego w Szczecinie, 70-789 Szczecin, ul. Iwaszkiewicza 107/U

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

1. Placówka Wsparcia Dziennego w Kamiennym Moście, 73-120 Chociwel, Kamienny Most 3

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

1. Placówka Wsparcia Dziennego w Sulinie, 73-121 Marianowo, Sulino 20

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

1. Placówka Wsparcia Dziennego w Czarnogłowach, ul. Fabryczna 28, 72-121 Czarnogłowy

Cena za 1 obiad …………………………………………………………………………………………..

1. Placówka Wsparcia Dziennego w Lubiczu, 74-120 Lubicz, Lubicz 56

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

1. Placówka Wsparcia Dziennego w Kartlewie, 72-110 Kartlewo, Kartlewo 45

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

1. Placówka Wsparcia Dziennego w Stepnicy, 72-112 Stepnica, Łąka 40

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

1. Placówka Wsparcia Dziennego w Chominie, 72-405 Świerzno, Chomino 41

Cena za 1 obiad ………………………………………1 bufet kawowy…………………………………………………..

Łączna wartość oferowanej usługi: ……………………………………………………………………………………………………

słownie brutto:
………………………………………………………………………………………………………………..…………………………….……………

na warunkach określonych w rozeznaniu rynku.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………Miejscowość i data | ………………………………………………………………………Czytelny podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy |

OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią postępowania oraz Załącznikami do Rozeznania Rynku i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Składana Oferta zawiera wszystkie elementy określone w Rozeznaniu rynku
2. Oświadczam, że usługi, zaoferowane w odpowiedzi na rozeznaniu rynku, spełniają wszystkie wymagania przedstawione w rozeznaniu rynku.
3. Gwarantujemy wykonanie całości/części niniejszego zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w Rozeznaniu rynku.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych załączniku nr 1 i 2 do Rozeznania Rynku, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru Wykonawcy (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie danych osobowych Dz.U. 2016 poz. 922).
5. Oświadczam, że podana cena obejmuje wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający z tytułu realizacji zamówienia.

**Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:**

- Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

- Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………Miejscowość i data | ……………………………………………………………………Czytelny podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy |

***Załącznik nr 2***

Dotyczy: zapytania ofertowego, w związku z realizacją projektu: „Nie ma jak w domu”, nr RPWP.07.06.00-IP.02-32-K41/18 dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 .

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

Regon:

NIP:

Ja niżej podpisany/a, ………………………………………………………….. zamieszkały/a: ……………………………………………………………………………………………………………………………………. oświadczam, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone Zapytaniu Ofertowym, dotyczące w szczególności:

1) posiadania uprawnień koniecznych do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,

2) posiadania wiedzy i doświadczenia, umożliwiających prawidłowe wykonanie przedmiotu zamówienia,

3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia,

4) sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej prawidłowe wykonanie przedmiotu zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………………Miejscowość i data | …………………………………………………………………………Czytelny podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy |

***Załącznik nr 3***

Dotyczy: zapytania ofertowego, w związku z realizacją projektu: „Nie ma jak w domu”, nr RPWP.07.06.00-IP.02-32-K41/18 dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 .

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

Regon:

NIP:.

Ja niżej podpisany/a, ………………………………………………………………………. zamieszkały/a: …………………………………………………………………………… oświadczam, że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tj. Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorski Oddział Regionalny w Szczecinie Al. Papieża Jana Pawła II 42/U9, 70-415 Szczecin.

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.

|  |  |
| --- | --- |
|  …………………………………………………………………………Miejscowość i data | …………………………………………………………………………Czytelny podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy |