Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego CZP.082.6.2021.1.IBM

**OFERTA**

Oferta złożona w związku z postępowaniem dotyczącym zakupu usługi ewaluacji w ramach projektu „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej etap II” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Pełna nazwa/imię i nazwisko Wykonawcy:**

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

prowadzący działalność gospodarczą □ nie prowadzący działalności gospodarczej

( we właściwym okienku wpisać znak X )

**Regon – jeśli oferent posiada:** ...........................................................………………………………………….

**NIP – jeśli oferent posiada:**: …………………...........................................………………………………………

**Bank**: …………………………………………………………………… ...........................................………………………

**Nr rachunku bankowego**: …………………………………………………………………………………………..
**Nr CEIDG lub KRS:** ………………………………………………………………………………………………………...

**Adres prowadzonej działalności gospodarczej –jeśli oferent posiada:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane kontaktowe:**

Adres do korespondencji:………………………………………………………………………

Telefon: ……………………

Fax: ……..…………………

**adres e-mail do kontaktów:……………..………….…………..**

**Imię i nazwisko osoby do kontaktu:**

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

**PRZEDMIOT OFERTY**

* + 1. W odpowiedzi na zapytanie składam ofertę dotyczącą przeprowadzenia ewaluacji w ramach projektu : „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej etap II” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**CENA OFERTY**

* + 1. W odpowiedzi na zapytanie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę …………………………....brutto (słownie………………………………………………).

Jest to cena ryczałtowa uwzględniająca wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

**KLAUZULA SPOŁECZNA**

* + 1. Klauzule społeczne : Przy realizacji przedmiotowego zamówienia zamierzam zaangażować następującą liczbę osób niepełnosprawnych :…………………...

**WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

* + 1. W odpowiedzi na zapytanie potwierdzam, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, (a jeżeli okres prowadzenia działań jest krótszy – w tym okresie), jako Wykonawca wykonałem należycie trzy usługi, z których:
		**a)** każda była o wartości co najmniej 70 000zł brutto,

		**b)** co najmniej jedna polegała na wykonaniu badania ewaluacyjnego w obszarze ochrony zdrowia, w szczególności ochrony zdrowia psychicznego,

		**c)** co najmniej jedna polegała na wykonaniu badania ewaluacyjnego w obszarze pomocy społecznej, w szczególności pomocy środowiskowej.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa badania ewaluacyjnego, tytuł raportu | Wartość badania ewaluacyjnego | Rok wykonania badania ewaluacyjnego | Badanie ewaluacyjne wykonane w obszarze ochrony zdrowia | Badanie ewaluacyjne wykonane w obszarze pomocy społecznej |
|  |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  |  |  | tak/nie | tak/nie |

* + 1. W odpowiedzi na zapytanie potwierdzam, że dysponuję lub będę dysponował zespołem osób, które będą uczestniczyły w realizacji zamówienia, tj.:

		**a)** jedną osobą pełniącą funkcję kierownika/koordynatora zespołu badawczego, posiadającą doświadczenie w kierowaniu/koordynowaniu co najmniej trzema badaniami ewaluacyjnymi o wartości każdego badania ewaluacyjnego co najmniej 70 000zł brutto.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko kierownika/koordynatora zespołu badawczego | Nazwa koordynowanego badania ewaluacyjnego, tytuł raportu | Wartość badania ewaluacyjnego | Rok wykonania badania ewaluacyjnego |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**b)** co najmniej dwiema osobami pełniącymi funkcję członków zespołu, z których każda spełnia przynajmniej jedno z poniższych wymagań:
- posiada doświadczenie w realizacji co najmniej jednego badania ewaluacyjnego lub analizy, której przedmiotem była łączna ocena działań w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- posiada doświadczenie w realizacji co najmniej jednego badania ewaluacyjnego, przeprowadzonego co najmniej na poziomie projektu współfinansowanego ze środków UE,
- posiada doświadczenie w realizacji co najmniej jednego badania ewaluacyjnego przeprowadzonego w obszarze działań dedykowanych osobom z zaburzeniami psychicznymi,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko członka zespołu badawczego | Nazwa badania ewaluacyjnego lub analizy, której przedmiotem była łączna ocena działań w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej, tytuł raportu | Nazwa badania ewaluacyjnego przeprowadzonego co najmniej na poziomie projektu współfinansowanego ze środków UE | Nazwa badania ewaluacyjnego przeprowadzonego w obszarze działań dedykowanych osobom z zaburzeniami psychicznymi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* + 1. W odpowiedzi na zapytanie potwierdzam, że jako Wykonawca jestem/nie jestem\* w trakcie postępowania upadłościowego lub po ogłoszeniu upadłości (\*niewłaściwe skreślić)
		2. W odpowiedzi na zapytanie potwierdzam, że jako Wykonawca jestem/nie jestem\* powiązany
		z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego osobowo lub kapitałowo, w szczególności poprzez:
		**a)** uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

		**b)** posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji,

		**c)** pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

		**d)** pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli. (\*niewłaściwe skreślić)
		3. W odpowiedzi na zapytanie potwierdzam, że jako Wykonawca jestem/nie jestem\* partnerem współrealizującym Projekt. (\*niewłaściwe skreślić)
		4. Jako Wykonawca oświadczam, że:
		**a)** zapoznałem się oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu,

		**b)** wskazana cena obejmuje cały zakres przedmiotu zamówienia wskazanego przez Zamawiającego w zapytaniu, uwzględnia wszystkie wymagane opłaty i koszty niezbędne do zrealizowania całości przedmiotu zamówienia, bez względu na okoliczności i źródła ich powstania,

		**c)** akceptuję termin i warunki realizacji usługi,

		**d)** w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,

		**e)** zapoznałem się z zapytaniem oraz załącznikami do zapytania i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz posiadałem konieczne informacje do przygotowania oferty,

		**f)** jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni – bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,

		**g)** zostałem poinformowany, że mogę wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę Wykonawcy w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji jednocześnie wykazując, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnice przedsiębiorstwa oraz zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania.

		**h)** zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej dot. ochrony danych osobowych zamieszczoną w treści zapytania.

		**i)** oferta została złożona na .............. kolejno ponumerowanych stronach

**j)** integralną część oferty stanowią poniższe załączniki:
**1.** ………………………………………………….…………………………………
**2.** .………..………………………………………..…………………………………
**3.** .…………………………………………………….……………………………...

……………………………… …………………………...

/miejscowość,data/ /podpis Oferenta/

Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem potrzebnym do wykonania zamówienia

……………………………
/podpis Oferenta/

Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych załączam do oferty.

……………………………
/podpis Oferenta/