**załącznik nr 1 - formularz ofertowy**

FORMULARZ OFERTOWY

# Dane wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO / NAZWA |  |
| ADRES WYKONAWCY |  |
| TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ | 20 dni |
| TELEFON |  |
| E-MAIL |  |
| KOSZT JEDNEGO POSIŁKU BRUTTO |  |

# Zamówienie realizowane w ramach projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Starych Babicach”, zgodnie z umową o dofinansowanie o nr RPMA.09.02.02-14-d506/19 Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach – IX Osi Priorytetowej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Poddziałanie: 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zakresem zamieszczonym w ogłoszeniu i jego załącznikach, opisanym niniejszą ofertą.

# Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z zapytaniem ofertowym i jego załącznikami i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń i w pełni je akceptujemy,
2. uzyskałem/-łam wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty,

Uważam się za związanego/-ą niniejszą ofertą na czas wskazany w zaproszeniu do złożenia oferty.

# Załączniki:

1. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania (załącznik nr 2 do zapytania ofertowego)
2. Dokument/-y potwierdzający posiadane aktualnego pozwolenie/zaświadczenie/ zezwolenie /decyzję Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej stwierdzające spełnienie wymagań higieniczno-zdrowotnych do żywienia zbiorowego oraz możliwości prowadzenia cateringu
3. Załącznik nr 3: Oświadczenie o posiadanym potencjałem technicznym, zasobami finansowymi oraz ludzkim i znajdowaniu się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data |  |
| Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy |  |

\* - niepotrzebne skreślić

**załącznik nr 2**

Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania

………………., dn. …………….

(miejscowość, data)

………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………

(imię i nazwisko / nazwa i adres)

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisany (-a)…………………………………………………. oświadczam, że ……………………………………………………(imię i nazwisko / nazwa oferenta) nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym (Arnica Olszewski i Wspólnik spółka jawna)

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) 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.

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

(czytelny podpis osoby/osób upoważnionej(-ych)

do reprezentacji Oferenta)

**załącznik nr 3**

Oświadczenie o posiadanym potencjałem technicznym, zasobach finansowych oraz ludzkich i znajdowaniu się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia

………………., dn. …………….

(miejscowość, data)

………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………

(imię i nazwisko / nazwa i adres)

**OŚWIADCZENIE O POSIADANYM POTENCJALE TECHNICZNYM, FINANSOWYM I LUDZKIM ORAZ ZNAJDOWANIU SIĘ W SYTUACJI EKONOMICZNEJ I FINANSOWEJ ZAPEŁNIAJĄCEJ WYKONANIE ZLECENIA**

Ja, niżej podpisany (-a)…………………………………………………. oświadczam, że ……………………………………………………(imię i nazwisko / nazwa oferenta) dyskonuje / nie dysponuję\* potencjałem technicznym, zasobami finansowymi oraz ludzkim i znajdowaniu się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia świadczenia usługi cateringu na potrzeby Dziennego Domu Opieki w Starych Babicach.

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

(czytelny podpis osoby/osób upoważnionej(-ych)

do reprezentacji Oferenta)

**\***wybrać właściwe