**Załącznik nr 1**

**OFERTA**

Ja/My niżej podpisani

………………………………………………………………………………………

z siedzibą: ………………………………………………………………………………………..

składamy niniejszą ofertę na zorganizowanie i prowadzenie zajęć socjoterapii dla dzieci i młodzieży z rodzinnej pieczy zastępczej zgodnie z zapytaniem ofertowym z dnia …………………………………….

**Oświadczam, iż:**

1. Zapoznałem/am się z treścią Zapytania Ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
2. Oferuję realizację usługi będącej przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymogami opisanymi w Zapytaniu Ofertowym według poniższej kalkulacji*:*

**za cenę netto: ……………………………….zł,**

plus podatek VAT …………………………..zł

**tj. cena brutto ………………………………zł (słownie:**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**)**

……………………………. …………………………………

*miejscowość Pieczęć i podpis Wykonawcy*

*lub osoby uprawnionej*

# Załącznik nr 2

# ……………………………….

(dane Wykonawcy/pieczęć)

# OŚWIADCZENIE

W imieniu własnym (pełna nazwa Wykonawcy)........................................................................

oświadczam, że zapoznałam/-em się z warunkami Zapytania ofertowego projektu ***„ Bliżej rodziny i dziecka – wsparcie rodzin przeżywających problemy opiekuńczo – wychowawcze oraz wsparcie pieczy zastępczej – II edycja”***  w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa VIII – Integracja Społeczna, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego zwraca się z prośbą o przedstawienie swojej oferty dotyczącej - zorganizowania i prowadzenia zajęć socjoterapii dla dzieci i młodzieży z rodzinnej pieczy zastępczej i akceptuję jego treść.

**Oświadczam, że posiadam potencjał organizacyjno – techniczny i osoby do prowadzenia zajęć o kwalifikacjach wymaganych w zapytaniu ofertowym oraz znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej wykonanie zamówienia.**

……………………………. …………………………………

*miejscowość Pieczęć i podpis Wykonawcy*

*lub osoby uprawnionej*

# Załącznik nr 3

# ……………………………….

(dane Wykonawcy/pieczęć)

**WYKAZ DOKUMENTÓW POŚWIADCZAJĄCYCH**

**POSIADANIE DOŚWIADCZENIA O KTÓRYM MOWA W PKT 4**

**( KRYTERIA MERYTORYCZNE )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa podmiotu | Termin | Ilość miesięcy |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Łącznie | |  |  | |

# Załącznik nr 4

# ……………………………….

(dane Wykonawcy/pieczęć)

**WYKAZ DOKUMENTÓW POŚWIADCZAJĄCYCH WYKSZTAŁCENIE**

**OKREŚLONE W PKT 2 ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

Wykaz ukończonych uczelni wyższych:

1………………………………………………………………………………….

2………………………………………………………………………………….

3………………………………………………………………………………….

4………………………………………………………………………………….

Wykaz ukończonych kursów:

1………………………………………………………………………………….

2………………………………………………………………………………….

3………………………………………………………………………………….

4………………………………………………………………………………….

5………………………………………………………………………………….

6………………………………………………………………………………….

# Załącznik nr 5

# OŚWIADCZENIE

o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym

Składając ofertę w odpowiedzi na zapytanie ofertowe zorganizowania i przeprowadzenia zajęć socjoterapii dla dzieci i młodzieży z rodzinnej pieczy zastępczej w związku z realizacją projektu ***„ Bliżej rodziny i dziecka – wsparcie rodzin przeżywających problemy opiekuńczo – wychowawcze oraz wsparcie pieczy zastępczej – II edycja”*** w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa VIII – Integracja Społeczna, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego

oświadczam, iż**:**

**jestem/nie jestem**

powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym –Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie - Koźlu.

……………………………. …………………………………

*miejscowość Pieczęć i podpis Wykonawcy*

*lub osoby uprawnionej*

# Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .............................................................................................. (imię i nazwisko)

Zamieszkały/a .............................................................................................. (adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym ..........................................................................

wydanym przez ..............................................................................................

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

o ś w i a d c z a m

- iż nie byłem/byłam karany/karana za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe - nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe, - posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych

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

(miejscowość, data) (własnoręczny podpis)

**Załącznik nr 7**

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Kędzierzynie – Koźlu (47 – 200), ul. Skarbowa 4. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani / Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób:

a) adres poczty elektronicznej: inspektor@kancelaria-odo.pl

b) pisemnie na adres siedziby Administratora

Pani / Pana dane przetwarzane będą w związku z realizacją przez Administratora zadań publicznych, wynikających wprost z przepisów prawa, lub określonych zadaniami statutowymi jednostki. Odbiorcami Pani / Pana danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa oraz Powiatowe Centrum Usług Wspólnych w Kędzierzynie – Koźlu. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217), oraz Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. Oznacza to, że dane osobowe mogą zostać usunięte po upływie określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, zależnie od kategorii archiwalnej danej sprawy. Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pani / Pan prawo do żądania od administratora: dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych, usunięcia swoich danych osobowych, ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, przenoszenia swoich danych osobowych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani / Pana danych.

Gdy uzna Pani / Pan, iż przetwarzanie Pani / Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. W przypadku, gdy nie poda Pani / Pan swoich danych, nie będziemy mogli zrealizować zadania ustawowego, co może skutkować brakiem możliwości realizacji celu lub konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa. Pani / Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Administrator nie zamierza przekazywać danych odbiorcom do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

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

(miejscowość, data) (własnoręczny podpis)

**Załącznik nr 8**

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .............................................................................................. (imię i nazwisko)

Zamieszkały/a .............................................................................................. (adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym ..........................................................................

wydanym przez ..............................................................................................

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

o ś w i a d c z a m

Że nie jestem zatrudniony/zatrudniona w oparciu o umowę o pracę w jednostkach podległych i finansowanych przez Powiat Kędzierzyn - Koźle, tj. Partnera realizującego projekt pn. „*Bliżej rodziny i dziecka - wsparcie rodzin przeżywających problemy opiekuńczo - wychowawcze oraz wsparcie pieczy zastępcze – II edycja”* w ramach Osi VIII Integracja społeczna dla Działania 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie wsparcia rodziny i pieczy zastępczej w ramach RPO WO 2014-2020, jak również u żadnego innego Partnera realizującego ww. Projekt.

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

(miejscowość, data) (własnoręczny podpis)