

**Załącznik nr 1**

.....  
Imię i nazwisko oferenta  
.....  
Adres Oferenta  
.....  
tel., mail

**Formularz Oferty**

L.p.	Przedmiot zamówienia	Koszt całkowity zatrudnienia za godzinę zegarową *
1.	2.	3.
1	Asystent Osoby Niepełnosprawnej	.....zł  Razem: 2 770 godz. x ... zł za 1 godzinę = .....zł

Oświadczam, iż w dniu ..... zapoznałem/-łam się z treścią zapytania ofertowego nr **2/RPA/2018** oraz, że spełniam wszystkie zawarte w nim wymogi dotyczące oferenta.

Ponadto potwierdzam, że podana cena jednostkowa uwzględnia wszystkie prace i czynności oraz koszty związane z realizacją zamówienia świadczonego przez okres i na warunkach określonych w ofercie (w tym koszty obowiązkowego ubezpieczenia społecznego ponoszone przez Zamawiającego).

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Oferenta

**\* w przypadku Oferenta – osoby fizycznej, prowadzącej działalność gospodarczą, który będzie osobiście świadczył przedmiotowe usługi w projekcie proszę wpisać: kwotę netto, kwotę brutto i kwotę podatku VAT za godzinę zegarową usługi.**

### OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ

Oświadczam, że nie mam powiązań kapitałowych lub osobowych rozumianych jako wzajemne powiązania między Fundacją Imago lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w jego imieniu lub osobami wykonującymi w jego imieniu 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, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Oferenta

### OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW POSTĘPOWANIA

W związku z ofertą składaną w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia usługi Asystenta Osoby Niepełnosprawnej na rzecz uczestników projektu „**Regionalny Program Asystencki**” **współfinansowanego przez Unię Europejską (9.2.2 RPO WD)** oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu, określone w zapytaniu ofertowym.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Oferenta