

Załącznik nr 1

.....

Imię i nazwisko oferenta

.....

Adres Oferenta

.....

tel., mail

Formularz Oferty

Lp.	Przedmiot zamówienia	Koszt całkowity zatrudnienia za godzinę zegarową (koszt brutto)*
1.	2.	3.
1	Asystent Osoby Niepełnosprawnej i Niesamodzielnejzł za godz. 960 godz x = Zł

Oświadczam, iż w dniu zapoznałem/-łam się z treścią zapytania rekrutacyjnego oraz, że spełniam wszystkie zawarte w nim wymogi dotyczące oferenta.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Oferenta

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 lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia 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 i Niesamodzielnej na rzecz uczestników projektu **„Dąbrowskie Centrum Asystenckie” współfinansowanego przez Unię Europejską (9.2.1 RPO WSL)** oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w postępowaniu, określone w zapytaniu ofertowym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Oferenta