



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



ŚWIĘTOKRZYSKIE BIURO
ROZWOJU REGIONALNEGO

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do SIWZ

.....
pieczętka Firmowa Wykonawcy

FORMULARZ OFERTY

I. Nazwa i adres Zamawiającego:
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Staszica 2, 26-200 Końskie
REGON: 291134829, NIP: 658-17-39-105
tel. (41) 372-8406, fax (41) 372-5760
e-mail: pcpr.powiatkonecki@wp.pl

II. Nazwa przedmiotu zamówienia: **„Zorganizowanie 14-dniowego turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, połączonego z treningiem kompetencji i umiejętności zawodowych (kurs komputerowy) w ramach zadania „AKTYWNA INTEGRACJA” projektu systemowego „My samodzielni” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki**

III. Tryb postępowania: Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 5 ust. 1 w związku z art. 10 ust. 1 w zw. z art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych.

IV. Nazwa i adres Wykonawcy:

.....
.....

WOJEWÓDZTWO:

REGON: NIP:

tel.: fax:

V. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:

Imię i nazwisko

Adres

tel.

fax

VI.

Oferuję (oferujemy) cenę za usługę zorganizowania i przeprowadzenia 14-dniowego turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, połączonego

„My samodzielni”



Projekt systemowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII „Promocja Integracji społecznej”, Poddziałanie 7.1.2 „Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie”



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

z treningiem kompetencji i umiejętności zawodowych (kurs komputerowy), zgodnie z przedmiotem zamówienia PLN brutto

(słownie:)

według kalkulacji:

Cena brutto za 1 osobę niepełnosprawną..... zł. (słownie.....) x 39 osób niepełnosprawnych,

Cena brutto za 1 opiekuna osoby niepełnosprawnej zł. (słownie.....) x 10 opiekunów

VII. JA (MY) NIŻEJ PODPISANY (I) OŚWIADCZAMY, ŻE:

- 1) zapoznałem (zapoznaliśmy) się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i uznaję się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia,
- 2) gwarantuję (gwarantujemy) wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią SIWZ,
- 3) w przypadku uznania mojej(naszej) oferty za najkorzystniejszą umowę zobowiązuję (zobowiązujemy) się zawrzeć w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego, według projektu umowy stanowiącego załącznik nr 5 do SIWZ,
- 4) przedmiot zamówienia wykonam (wykonamy) w terminie od dniado dnia.....
- 5) w związku z dopuszczeniem przez Zamawiającego przesyłania oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji faksem lub drogą elektroniczną wskazujemy adres przeznaczony do tej formy kontaktu:

Fax.:

e-mail:

Załącznikami do oferty są:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

.....
/miejsowość, data/

.....
podpis osoby/osób
uprawnionych do składania
oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



„My samodzielni”

Projekt systemowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII „Promocja Integracji społecznej”, Poddziałanie 7.1.2 „Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie”



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do SIWZ

.....
pieczętka Firmowa Wykonawcy

I. Nazwa i adres Zamawiającego:
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Staszica 2, 26-200 Końskie
REGON: 291134829, NIP: 658-17-39-105
tel. (41) 372-8406, fax (41) 372-5760
e-mail: pcpr.powiatkonecki@wp.pl

II. Nazwa przedmiotu zamówienia: **„Zorganizowanie przeprowadzenie 14-dniowego turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, połączonego z treningiem kompetencji i umiejętności zawodowych (kurs komputerowy) w ramach zadania „AKTYWNA INTEGRACJA” projektu systemowego „My samodzielni” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki**

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

Pod rygorem odpowiedzialności karnej na podstawie art.233 kk oświadczam – oświadczamy*, że spełniam – spełniamy* warunki dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia;
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby/osób
uprawnionych do składania
oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

* - niepotrzebne skreślić

Zgodnie z treścią **art. 233, § 1** Kodeksu karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. **§ 2** Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”



„My samodzielni”

Projekt systemowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII „Promocja Integracji społecznej”, Poddziałanie 7.1.2 „Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie”



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3 do SIWZ

.....
pieczętka Firmowa Wykonawcy

I. Nazwa i adres Zamawiającego:
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Staszica 2, 26-200 Końskie
REGON: 291134829, NIP: 658-17-39-105
tel. (41) 372-8406, fax (41) 372-5760
e-mail: pcpr.powiatkonecki@wp.pl

II. Nazwa przedmiotu zamówienia: **„Zorganizowanie przeprowadzenie 14-dniowego turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, połączonego z treningiem kompetencji i umiejętności zawodowych (kurs komputerowy) w ramach zadania „AKTYWNA INTEGRACJA” projektu systemowego „My samodzielni” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki**

Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia

Pod rygorem odpowiedzialności karnej na podstawie art.233 kk oświadczam – oświadczamy*, że nie podlegam – nie podlegamy* wykluczeniu z udziału w postępowaniu z przyczyn określonych w art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz że treść art.24 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych jest nam znana.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby/osób
uprawnionych do składania
oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

* - niepotrzebne skreślić

Zgodnie z treścią **art. 233, § 1** Kodeksu karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. **§ 2** Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

„My samodzielni”



Projekt systemowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII „Promocja Integracji społecznej”, Poddziałanie 7.1.2 „Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie”



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 4 do SIWZ

.....
pieczętka Firmowa Wykonawcy

I. Nazwa i adres Zamawiającego:
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Staszica 2, 26-200 Końskie
REGON: 291134829, NIP: 658-17-39-105
tel. (41) 372-8406, fax (41) 372-5760
e-mail: pcpr.powiatkonecki@wp.pl

II. Nazwa przedmiotu zamówienia: **„Zorganizowanie przeprowadzenie turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, połączonego z treningiem kompetencji i umiejętności zawodowych (kurs komputerowy) w ramach zadania „AKTYWNA INTEGRACJA” projektu systemowego „My samodzielni” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki**

Oświadczenie dotyczące kadry Wykonawcy

Pod rygorem odpowiedzialności karnej na podstawie art.233 kk oświadczam – oświadczamy*, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia posiadają wymagane przez Zamawiającego kwalifikacje i uprawnienia.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby/osób
uprawnionych do składania
oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

* - niepotrzebne skreślić

Zgodnie z treścią **art. 233, § 1** Kodeksu karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. **§ 2** Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”



„My samodzielni”

Projekt systemowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII „Promocja Integracji społecznej”, Poddziałanie 7.1.2 „Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie”



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 5 do SIWZ

.....
pieczęć, nazwa i dokładny adres
wykonawcy/ wykonawców

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia

Oświadczam, że dysponuję/będę dysponował *

Lp	Osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia*	Opis doświadczenia , wykształcenia , kwalifikacji zawodowych niezbędnych do wykonania zamówienia	Zakres wykonywanych czynności	Informacja o podstawie do dysponowania osobami**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

.....
Miejscowość, data

.....
podpis/y osoby/osób
upoważnionej/yh do reprezentowania wykonawcy



„My samodzielni”

Projekt systemowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII „Promocja Integracji społecznej”, Poddziałanie 7.1.2 „Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie”



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W przypadku, gdy wykonawca wskazuje w wykazie osoby, którymi będzie dysponował, należy przedstawić pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia.

* niepotrzebne skreślić

**do oferty należy dołączyć oświadczenie, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia (określone w warunku 1.4 b) SIWZ).

*** należy podać podstawę do dysponowania osobami wskazanymi w wykazie, np. umowa o pracę, umowa zlecenie, itp. Ponadto jeżeli wykonawca będzie polegał na wiedzy i doświadczeniu, osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nim stosunków, zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia. W tym celu musi w szczególności przedstawić pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.



„My samodzielni”

Projekt systemowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII „Promocja Integracji społecznej”, Poddziałanie 7.1.2 „Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie”



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 6 do SIWZ

.....
pieczęć, nazwa i dokładny adres
wykonawcy/ wykonawców

Wykaz wykonanych usług, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych usług w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o udzielenie zamówieni, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie,

Lp.	Nazwa inwestycji i miejsce realizacji, rodzaj wykonanych usług	Wartość zadania brutto [PLN]	Terminy wykonywania prac od dnia – do dnia	Nazwa Zamawiającego
1	2	3	4	5

Uwaga:

Do wykazu należy załączyć dokumenty potwierdzające, że usługi zostały wykonane należycie, w formie oryginału lub kopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” przez wykonawcę.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis/y osoby/osób
upoważnionej/ych do reprezentowania wykonawcy

„My samodzielni”



Projekt systemowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII „Promocja Integracji społecznej”, Poddziałanie 7.1.2 „Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie”