



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**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 kursów dla 29 usamodzielnianych wychowanków rodzin zastępczych i placówek opiekuńczo – wychowawczych w wieku 18-25 lat - Uczestników Projektu „My samodzielni” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w ramach zadania „AKTYWNA INTEGRACJA”.**

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 kursów dla Uczestników Projektu „My samodzielni”, zgodnie z przedmiotem zamówienia ..... złotych brutto (słownie: .....), w tym za realizację poszczególnych kursów:

- a) Fryzjerstwo z wizażem - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),
- b) Prawo jazdy kat. B - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),



**„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

- c) Prawo jazdy kat. - A w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),
- d) Obsługa koparko – ładowarki - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),
- e) Wizaż i stylizacja paznokci - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),
- f) Język angielski – podst. - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),
- g) Język angielski – zaaw. - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),
- h) Język niemiecki – zaaw. - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),
- i) Księgowość - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),
- j) Florystyka - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),
- k) Kucharz małej gastronomii - w kwocie ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych),

**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 dnia .....do 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.....

.....  
/miejscowość, data/

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

**Załącznik nr 2 do SIWZ**



**„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



ŚWIĘTOKRZYSKIE BIURO  
ROZWOJU REGIONALNEGO

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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

**Wykaz osób i podmiotów, którymi dysponuje lub będzie dysponował Wykonawca  
i które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia**

Lp.	Imię i nazwisko <sup>1</sup>	Planowana funkcja przy realizacji zamówienia	Posiadane uprawnienia oraz wykształcenie: kierunek / specjalizacja <sup>2</sup>
1	2	3	4

.....  
Miejscowość, data

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

<sup>1</sup> należy załączyć pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia

<sup>2</sup> należy dołączyć Dyplom w formie kopii poświadczonyj „za zgodność z oryginałem” przez Wykonawcę

**„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 kursów dla 29 usamodzielnianych wychowanków rodzin zastępczych i placówek opiekuńczo – wychowawczych w wieku 18-25 lat - Uczestników Projektu „My samodzielni” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w ramach zadania „AKTYWNA INTEGRACJA”.**

### 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 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 kursów dla 29 usamodzielnianych wychowanków rodzin zastępczych i placówek opiekuńczo – wychowawczych w wieku 18-25 lat - Uczestników Projektu „My samodzielni” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w ramach zadania „AKTYWNA INTEGRACJA”.**

### 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 5 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 kursów dla 29 usamodzielnianych wychowanków rodzin zastępczych i placówek opiekuńczo – wychowawczych w wieku 18-25 lat - Uczestników Projektu „My samodzielni” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w ramach zadania „AKTYWNA INTEGRACJA”.**

### 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



ŚWIĘTOKRZYSKIE BIURO  
ROZWOJU REGIONALNEGO

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”