

 **Załącznik nr 2**

**GOPS.4141.1.9.2019**

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

 (miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTOWY**

na wykonanie usługi o wartości netto poniżej 30 000 EURO

W niniejszym zapytaniu nie stosuje się przepisów ustawy pzp (art. 4 pkt 8).

**WYKONAWCA:**

….................................….………………………………………………………………………………………

*(Nazwa Wykonawcy*)

….................................….………………………………………………………………………………………

*(adres Wykonawcy*)

….................................….………………………………………………………………………………………

*(adres do korespondencji)*

….................................….………….

 *(województwo)*

tel...................................., fax ........................................, e-mail …….…@....................................,

NIP .............................................................. , REGON …..................................….…………….. ,

1. Odpowiadając na zapytanie ofertowe – część I, którego przedmiotem zamówienia jest wykonanie usługi polegającej na przeprowadzenia Krótkoterminowej Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR) dla 20 uczestników projektu. By polepszyć efektywność warsztatów kompetencji wychowawczych wskazane jest by rodzice podjęli próbę pracy nad sobą i rozwiązywania własnych problemów. W tym celu zaplanowano odbycie przez każdego uczestnika projektu TSR. Terapia skoncentruje się na uzyskaniu jak najszybszego efektu, więc powinna odbyć się w jak najkrótszym czasie. Udział w terapii pomoże uczestnikom projektu uporać się z jego własą przeszłością, skupić się na dokonaniach i sukcesach, pomoże również w ten sposób odzyskać utracony sens życia. Odbycie terapii przyczyni się do zrozumienia stanu rzeczy, uporania się z nim i poprawi jakość życia rodzin.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Liczba godzin** | **Jednostkowa cena brutto** | **Całkowita cena brutto (zł)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5 (3\*4)* |
|  | Usługa szkoleniowa (TSR) | **240** |  |  |
| **Razem cena całkowita brutto (zł)** |  |

1. Oferujemy całkowite wykonanie przedmiotu zamówienia, za ceną ofertową brutto: ....................................... zł (słownie ...................................................................... ) w tym należny podatek VAT lub inne niezbędne podatki dotyczące umów cywilnoprawnych , zgodnie z wypełnionym formularzem.
2. Cena ofertowa określona w ust. 2 zawiera wszystkie koszty związane z całkowitym wykonaniem przedmiotu zamówienia.
3. Wartość wskazana w kolumnie 4 jest wartością jednostkową, która będzie obowiązywała w trakcie całego okresu umowy i stanowić będzie podstawę wynagrodzenia Wykonawcy.
4. Oświadczamy, że ja (imię i nazwisko) …………..……….…………...……………….. niżej podpisany jestem upoważniony do reprezentowania Wykonawcy w niniejszym zapytaniu ofertowym o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie ……………………………………………………………………
5. Akceptujemy terminy płatności określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym.
6. Oświadczamy, że wykonamy przedmiot zamówienia zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 1b i do ogłoszenia o zapytaniu ofertowym.
7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
8. Przedmiot umowy zostanie wykonany w terminie:

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

1. Oświadczamy, że informacje zawarte na stronach oferty ….……. zastrzegamy jako tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa ponieważ (uzasadnienie) …....................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………...

1. Oświadczam, że szkolenie zostanie przeprowadzone przez trenera posiadającego doświadczenie i odpowiednią wiedzę niezbędną do przeprowadzenia Krótkoterminowej Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR). Trener winien posiadać: wykształcenie wyższe psychologiczne/pedagogiczne, posiadać certyfikat uprawniający do prowadzenia TSR, min.2 letnie doświadczenie w terapii TSR.
2. **Trener –** ……………………………………………..…………….. (imię i nazwisko)
3. Oświadczam, że zapoznałem się z poniższą **Klauzulą Informacyjną**.

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

 podpis i imienna pieczątka osoby

upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

****

**OŚWIADCZENIE OSOBY, KTÓREJ DANE SĄ PRZETWARZANE NA POTRZEBY BADANIA**

**KWALIFIKOWALNOŚCI WYDATKÓW
dotyczące przetwarzania danych osobowych**

W związku z udziałem w realizacji projektu, świadczeniem pracy, wykonywaniem, świadczeniem lub dostarczeniem robót, usług lub produktów w ramach projektu/złożeniem oferty w ramach projektu pn. „Zmieniam siebie – dbam o rodzinę” (nr Projektu RPWM.11.02.03-28-0060/18) oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: **Instytucja Zarządzająca**).
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl.
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktów prawnych:
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
6. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
7. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
8. Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją przez Gminę Iłowo-Osada/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Iłowie-Osadzie Projektu pn. „Zmieniam siebie – dbam o rodzinę”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
10. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.
11. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
12. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM lub Beneficjenta .
13. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.
14. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
15. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* |  *CZYTELNY PODPIS* |