Formularz oferty do postępowania nr…………. (tu podać nr postępowania)

…………………………………….

Miejscowość, data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: |  | |
| Adres: |  | |
| NIP/REGON: |  |  |
| Numer telefonu/fax: |  | |
| Adres e-mail: |  | |

**PROJECT CREATION Sp. z o.o.**

**ul. Cybernetyki 7B lok. 12**

**02-677 Warszawa**

W odpowiedzi na Państwa informację z prośbą o złożenie oferty na realizację usługi szkoleniowej dla opiekunów faktycznych uczestników projektu, w postaci szkoleń   
z zakresu……………………………………………………………….…………………………………..………………………….(tu podać tytuł szkolenia), **w projekcie pt. „DZIELNY MIŚ! Usługi opiekuńcze i zdrowotne dla dzieci z niepełnosprawnościami z terenu Mazowsza”,** realizowanego w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Oś IX. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Usługi społeczne   
i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych, informuję, że szacowana wartość zamówienia wynosi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia (nazwa szkolenia)** | **Planowana, maksymalna liczba uczestników szkolenia** | **Oferta cenowa –** należy wskazać **cenę BRUTTO** w PLN **za realizację szkolenia dla jednego uczestnika** | **Oferta cenowa –** należy wskazać **cenę BRUTTO OGÓŁEM** w PLN **za realizację przedmiotu usługi**  (kol. 2 x kol. 3) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | **150** |  | Kwota:  Słownie: |
| **SUMA:** | | | Kwota:  Słownie: |

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Posiadam wszelkie uprawnienia, zasoby kadrowe, finansowe oraz techniczne umożliwiające mi realizację wyżej opisanej usługi,
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Zamawiającego danych osobowych do celów związanych   
   z przeprowadzeniem postępowania na wybór wykonawcy usługi szkoleniowej dla opiekunów faktycznych uczestników projektu, w postaci szkoleń   
   z zakresu………………………………………………………………………………………………………..(tu podać tytuł szkolenia),   
   **w projekcie pt. „DZIELNY MIŚ! Usługi opiekuńcze i zdrowotne dla dzieci z niepełnosprawnościami z terenu Mazowsza** Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis; Pieczęć firmowa