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

 ………………………………………………

/podpis osoby zatwierdzającej/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 do SIWZ** |
| **O F E R T A**  |

Ja niżej podpisany(a)/My niżej podpisani

*Imię i nazwisko:*……………………….………………………………………………………………………..,

będąc upoważnionym/i/ do reprezentowania Wykonawcy: ...............................................................................................................................................................................adres:.........................................................................................................................................................................................................................................., będącego …… (M/Ś/D\*) przedsiębiorcą, Nr telefonu .................................; e-mail ……………………….

\*proszę wskazać właściwe

w odpowiedzi na „Publiczne ogłoszenie o zamówieniu nr ….. dotyczące postępowania prowadzonego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w trybie przetargu nieograniczonego naświadczenie usług Eksperta wiodącego ds. standardów i procedur obsługi klienta składam/składamy niniejszą ofertę:

1. Kryterium cena
	* 1. Cena brutto za 1 dzień pracy Eksperta: …………………………… zł
		2. Cena brutto za 220 dni pracy Eksperta (1x220) …………………………… zł
2. Kryterium doświadczenie Eksperta

 **Imię i nazwisko: ……………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **Doświadczenie w opracowywaniu projektów, programów edukacyjnych i kampanii informacyjnych dotyczących usług publicznego transportu zbiorowego kolejowego i/lub kołowego, w tym dotyczących ich dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, z wyłączeniem usług cateringowych** (tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Forma zatrudnienia (umowa o pracę, zlecenia, o dzieło, itp.) |  |
| Zakres obowiązków (proszę opisać te obowiązki, które potwierdzają doświadczenie w obszarze rehabilitacji medycznej) |  |

\*Zamawiający zsumuje okresy doświadczenia odnoszące się do tego warunku, następnie podzieli je przez 12 miesięcy i w ten sposób uzyskane pełne lata (!) będzie oceniał.

OŚWIADCZENIA:

1. Przedmiotowe zamówienie zobowiązuję/emy się wykonać zgodnie z wymaganiami określonymi
w „Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr …..”.
2. Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się ze „Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia nr …..”, udostępnioną przez Zamawiającego i nie wnoszę/my do niej żadnych zastrzeżeń.
4. W razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu
i terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
6. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam/y, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień upływu terminu składania ofert (art. 297 k.k.).
7. Wybór niniejszej oferty:

**[ ]  NIE** prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług;

**[ ]** prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług i wskazujemy poniżej nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | Nazwa (rodzaj) | Wartość bez kwoty podatku |
| 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł |
| … | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł |

1. Odpis z właściwego rejestru dostępny jest pod adresem internetowym:

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

1. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty i które wskazujemy do oceny spełnienia przez nas warunków udziału w postępowaniu są:
2. ............................................................................................
3. ............................................................................................

..............................., dn. ..............2019 r. .....................................................................

 (podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)