### Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

*Zapytanie o usługi specjalistyczne stomatologiczne w powiecie kwidzyńskim nr projektu RPPM.06.02.02-22-0052/17*

……………………………………………………

 Pełne dane oferenta wraz z adresem lub pieczęć firmowa

Proponowana **cena brutto** (obejmująca również koszty podatkowe i ubezpieczeniowe leżące po stronie Zamawiającego związane z zawarciem umowy zlecenie):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Przedmiot usługi | 2. Cena jednostkowa brutto | 3. Maks. ilość usług | 4. Wartość brutto (kol. 2 x kol. 3)  |
| wizyta konsultacyjna | …………………….PLN | 50 | …………………….PLN |
| uzupełnienie w jednym zębie powierzchni kompozytowej lub wykonanie zabiegu równoważnego  | …………………….PLN | 150 | …………………….PLN  |
| CENA ŁĄCZNA |  |  | ……………………. PLN |

**Dostępność specjalisty w dniach (proszę wpisać liczbę dni od momentu zgłoszenia potrzeby konsultacji do jej realizacji) - ………… dni**

Podpisując niniejszą ofertę oświadczam jednocześnie, iż:

1. Spełniam wszystkie wymienione warunki udziału w postępowaniu.
2. Zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Realizacja usług będzie prowadzona zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym, zaś usługi będą świadczone jedynie przez osoby wskazane w ofercie.
4. Cena jednostkowa oferty ma charakter ryczałtowy i uwzględnia wszystkie koszty wykonania usługi (w tym koszty podatkowe i ubezpieczeniowe leżące po stronie Zamawiającego związane z zawarciem umowy).
5. Nie podlegam/nie podlegamy wykluczeniu z postępowania i nie jesteśmy powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo poprzez wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa,

- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika

-pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

1. Zobowiązuję się w toku realizacji usługi do bezwzględnego stosowania wytycznych programowych, wytycznych horyzontalnych oraz Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020.
2. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w ofercie i załącznikach są zgodne z prawdą.

Miejscowość i data …………………

 ……………………………….

Podpis i pieczęcie oferenta

**Załącznik numer 2**

Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

stosowana przez zamawiającego w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. administratorem danych osobowych jest ZHP Chorągiew Gdańska, ul Za Murami 2-10, 80-823 Gdańsk

dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia **ZAPYTANIE OFERTOWE nr 5/0052/2019 *Zakup usług w zakresie konsultacji stomatologicznych.***

1. odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Umowę o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz podrozdział 6.5 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, dalej „wytyczne”;
2. dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Umową o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020, przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania;
3. obowiązek podania przez osobę fizyczną danych osobowych bezpośrednio jej dotyczących jest wymogiem określonym w przepisach wytycznych, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z wytycznych;
4. w odniesieniu do danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
5. osoba fizyczna posiada:
6. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych, które jej dotyczą;
7. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania swoich danych osobowych (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego);
8. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego);
9. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba fizyczna uzna, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących narusza przepisy RODO;
10. osobie fizycznej nie przysługuje:
11. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
12. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
13. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celach związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia **ZAPYTANIE OFERTOWE nr 5/0052/2019*Zakup usług w zakresie konsultacji stomatologicznych.***

.

………………………………..

                                                                                                         data, podpis

 **Załącznik numer 3[[1]](#footnote-1)**

Wykaz usług wskazywanych na potrzeby wykazania spełnienia warunku udziału w postępowaniu lit. A

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa usługi  | Podmiot, dla którego usługę zrealizowano | Liczba wykonanych usług oraz data tych wykonania |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**…………………………………………………….. Podpis i pieczęć oferenta**

Załącznik numer 4[[2]](#footnote-2)

Wykaz osób wskazywanych na potrzeby wykazania spełnienia warunku udziału w postępowaniu lit. C

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | okres doświadczenia w świadczeniu usług stomatologicznych | prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty | okres doświadczenia w pracy z dziećmi i młodzieżą, liczony w pełnych latach |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam, że powyższe osoby nie figurują w rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym

**……………………………………………………..**

 **Podpis i pieczęć oferenta**

 **Załącznik numer 5[[3]](#footnote-3)**

Wykaz osób na potrzeby oceny wg kryterium „doświadczenie osoby realizującej zamówienie”

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Okres doświadczenia w świadczeniu usług stomatologicznych ponad to, które jest wymagane na potrzeby spełnienia warunku udziału w postępowaniu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**……………………………………………………..**

 **Podpis i pieczęć oferenta**

1. Liczbę wierszy w tabeli można zwiększyć w zależności od potrzeb. [↑](#footnote-ref-1)
2. Liczbę wierszy w tabeli można zwiększyć w zależności od potrzeb. [↑](#footnote-ref-2)
3. Liczbę wierszy w tabeli można zwiększyć w zależności od potrzeb. [↑](#footnote-ref-3)