

## ZAPYTANIE OFERTOWE

Nr postępowania: 1/2019/OWPTSR/KWSM2/SPR3 data: 24.05.2019

### 1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski  
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa, biuro@ptrs.waw.pl

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

Każdy WYKONAWCA może złożyć jedną lub dwie oferty.

ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza składania ofert częściowych.

WYKONAWCA nie może powierzyć wykonania zamówienia ani jego części podwykonawcom.

WYKONAWCA ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty/ofert.

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo do unieważnienia procedury zapytania ofertowego w każdym momencie trwania procedury bez podania przyczyny.

ZAMAWIAJĄCY może odstąpić od podpisania umowy bez podania przyczyny.

ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza możliwości negocjacji cenowej.

### 2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

#### 2.1. W ramach projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”

- świadczenie usług związanych z obsługą warsztatów „Usprawniające warsztaty wyjazdowe – Nordic Walking” na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia dla 25 dorosłych osób niepełnosprawnych uczestników projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2” oraz 1 koordynatora, 1 prowadzącego oraz 2 wolontariuszy;
- lokalizacja ośrodka: teren województwa warmińsko-mazurskiego;
- budynek w którym będzie świadczona usługa musi być dostosowany do potrzeb osób chorych na SM, w tym osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- budynek musi posiadać windę dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich z dostępem na wszystkie poziomy;
- stały dostęp do Internetu w całym obiekcie,
- bezpłatny parking dla autokarów na terenie ośrodka/hotelu,
- każdy pokój z łazienką, telewizorem, czajnikiem bezprzewodowym, szklankami, pościelą i ręcznikami,
- łazienki w zajmowanych pokojach muszą być przystosowane do osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich tj. brak barier architektonicznych np. kabiny prysznicowe z niskim brodzikiem lub posadzka zamiast brodzika, dodatkowe uchwyty w kabinach prysznicowych)
- wszystkie usługi muszą być świadczone w jednym budynku,
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON.

Zamawiający dopuszcza możliwość zmniejszenia lub zwiększenia ilości uczestników warsztatów o maximum 16%.

#### 2.2. W ramach projektu „Sprawić Moc 3”

- świadczenie usług związanych z obsługą warsztatów „niezależnego życia” na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia dla 25 dorosłych osób niepełnosprawnych uczestników projektu „Sprawić Moc 3” oraz 1 koordynatora, 1 prowadzącego oraz 7 wolontariuszy;
- lokalizacja ośrodka: teren województwa warmińsko-mazurskiego;



- budynek w którym będzie świadczona usługa musi być dostosowany do potrzeb osób chorych na SM, w tym osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- budynek musi posiadać windę dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich z dostępem na wszystkie poziomy;
- stały dostęp do Internetu w całym obiekcie,
- bezpłatny parking dla autokarów na terenie ośrodka/hotelu,
- każdy pokój z łazienką, telewizorem, czajnikiem bezprzewodowym, szklankami, pościelą i ręcznikami,
- łazienki w zajmowanych pokojach muszą być przystosowane do osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich tj. brak barier architektonicznych np. kabiny prysznicowe z niskim brodzikiem lub posadzka zamiast brodzika, dodatkowe uchwyty w kabinach prysznicowych)
- wszystkie usługi muszą być świadczone w jednym budynku,
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON.

Zamawiający dopuszcza możliwość zmniejszenia lub zwiększenia ilości uczestników warsztatów o maximum 16%.

### 3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

- 55270000-3 - Usługi świadczone przez placówki oferujące wyżywienie i miejsca noclegowe

### 4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- oznakowanie pomieszczeń i dokumentów dotyczących przedmiotu zamówienia zgodnie z wytycznymi PFRON;
- archiwizacja wszystkich dokumentów związanych z realizowanym projektem do 31 grudnia 2024r.;
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON
- zapewnienie zakwaterowania, wyżywienia, przeprowadzenia zajęć w budynku bez barier architektonicznych

### 5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy
- przekazanie Wykonawcy narzędzi badawczych do realizacji zadań
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie
- dostarczenie harmonogramu pobytu do 2 dni przed planowanym rozpoczęciem warsztatów

### 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Terminy warsztatów:

**6.1 W ramach projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”  
wyszczególnionego w pkt. 2.1; 7.1 - termin 08-13.07.2019 województwo  
warmińsko-mazurskie**

**6.2 W ramach projektu „Sprawić Moc 3” - wyszczególnionego w pkt. 2.2; 7.2 - termin  
04-09.08.2019 województwo warmińsko-mazurskie**

### 7. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**7.1. (dla pkt. 2.1) w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”**

#### a) Zakwaterowanie 6-dniowych warsztatów:

- **Nocleg (5 nocy) dla 25 uczestników projektu, 1 osoby z obsługi projektu, 1 trenera oraz 2 wolontariuszy** - zapewnienie uczestnikom zakwaterowania w pensjonacie/ośrodku wypoczynkowym/hotelu dysponującym pokojami:



- 3 pokoje 1 osobowe,
- 13 pokoi 2 osobowych,

w tym co najmniej 2 pokoje 2 osobowe dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany ilości pokoi dwuosobowych na rzecz pokoi jednoosobowych (lub odwrotnie) w sytuacji, jeśli liczba kobiet w stosunku do mężczyzn będzie niesymetryczna,

- b) **Całodzienne wyżywienie (6 dni) (tj. śniadanie, obiad, kolacja)** podczas pobytu dla 25 uczestników projektu, 4 osób z obsługi projektu. Śniadania i kolacje w postaci szwedzkiego stołu z min. 2 potrawami na ciepło i napojami do wyboru (woda, soki, kawa, herbata). Dwudaniowy obiad (zupa + drugie danie) z napojami i deserem. Każdego dnia min. 3 różne zestawy obiadowe do wyboru z uwzględnieniem potraw wegetariańskich i mięsnych.

**Prosimy o udokumentowanie powyższych warunków** (zdjęcia, menu przewidziane na czas pobytu, oświadczenie o dysponowaniu wskazaną minimalną ilością pokoi przeznaczoną dla osób z niepełnosprawnością fizyczną)

### **7.2. (dla pkt. 2.2.) w ramach projektu „Sprawić Moc 3”**

- a) **Zakwaterowanie 6-dniowych warsztatów:**

– **Nocleg (5 nocy) dla 25 uczestników projektu, 1 osoby z obsługi projektu, 1 trenera oraz 7 wolontariuszy** - zapewnienie uczestnikom zakwaterowania w pensjonacie/ośrodku wypoczynkowym/hotelu dysponującym pokojami:

- 2 pokoje 1 osobowe,
- 16 pokoi 2 osobowych,

w tym co najmniej 2 pokoje 2 osobowe dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany ilości pokoi dwuosobowych na rzecz pokoi jednoosobowych (lub odwrotnie) w sytuacji, jeśli liczba kobiet w stosunku do mężczyzn będzie niesymetryczna,

- b) **Całodzienne wyżywienie (6 dni) (tj. śniadanie, obiad, kolacja)** podczas pobytu dla 25 uczestników projektu, 9 osób z obsługi projektu. Śniadania i kolacje w postaci szwedzkiego stołu z min. 2 potrawami na ciepło i napojami do wyboru (woda, soki, kawa, herbata). Dwudaniowy obiad (zupa + drugie danie) z napojami i deserem. Każdego dnia min. 3 różne zestawy obiadowe do wyboru z uwzględnieniem potraw wegetariańskich i mięsnych.
- c) **Wynajem sali szkoleniowej** (całodzienne korzystanie z sali przez 4 dni) dla 25 osób, dostosowanej dla osób z niepełnosprawnością fizyczną, chorych na SM. Sala musi być wyposażona w sprzęt multimedialny tj. co najmniej rzutnik i ekran oraz mieć stały dostęp do Internetu.

**Prosimy o udokumentowanie powyższych warunków** (zdjęcia, menu przewidziane na czas pobytu, oświadczenie o dysponowaniu wskazaną minimalną ilością pokoi przeznaczoną dla osób z niepełnosprawnością fizyczną)

## **8. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składający ofertę posiada:

- uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,
- zdolność finansową oraz techniczną do wykonania usługi,
- doświadczenie w realizacji warsztatów dla osób niepełnosprawnych (w tym dysponuje min. 2 pokojami w pełni przystosowanymi do potrzeb osób z niepełnosprawnościami)



- referencje potwierdzające zrealizowanie warsztatów w zakresie zakwaterowania i wyżywienia osób niepełnosprawnych.

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają łącznie warunki wyszczególnione w pkt 8 niniejszego zapytania, dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

#### **9. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW**

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1.1 i/lub 1.2
- aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania oferty;
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.1 i/lub 2.2;
- oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z załącznikiem nr 3.1 i/lub 3.2;
- dokumentacja potwierdzająca warunki wyżywienia i zakwaterowania wymienione w punktach 7.1a i/lub 7.2a; 7.1b i/lub 7.2b; 7.1c i/lub 7.2c (zdjęcia, menu przewidziane na czas pobytu);
- oświadczenie o dysponowaniu wskazaną minimalną ilością pokoi przeznaczoną dla osób z niepełnosprawnością fizyczną;
- referencje.

#### **10. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA**

Rozliczenia prowadzone w PLN

#### **11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

Ofertę należy przygotować w języku polskim dołączając do niej wszystkie niezbędne dokumenty stanowiące załączniki do zapytania ofertowego. Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania zapytania ofertowego oraz obejmować koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należytej realizacji przedmiotu zamówienia.

#### **12. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI**

Katarzyna Sadłowska - tel.: 22 831-00-76

#### **13. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY**

Ofertę należy dostarczyć do dnia **31.05.2019 r. do godz. 15.00** - osobiście lub przesyłką (decyduje data i godzina wpływu do siedziby OW PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12 z dopiskiem „OFERTA NA ZAPYTANIE 1/2019/OWPTSR/KWSM2/SPR3”. Oferty niekompletne oraz te które wpłyną po ww. terminie nie będą podlegać ocenie.

#### **14. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY**

Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierować przy wyborze oferty Przesłane przez Państwa informacje będą brane pod uwagę przy wyborze najkorzystniejszej oferty wg. kryterium punktowego: max. 100 pkt.

KRYTERIUM 1: Cena usługi – maximum 70 pkt,

KRYTERIUM 2: Doświadczenie w przygotowaniu warsztatów z udziałem osób z niepełnosprawnością fizyczną w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich m.in. (zakwaterowanie, wyżywienie, wynajem sali) – maximum 15 pkt.

KRYTERIUM 3: Referencje (pojedyncze referencje otrzymane od różnych podmiotów) – maximum 15 pkt.

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie możliwość wizji lokalnej w celu stwierdzenia jakości opisanych warunków.

## 15. SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY

Przesłane przez Państwa informacje będą brane pod uwagę przy wyborze najkorzystniejszej oferty wg. kryterium punktowego: max. 100 pkt.

Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierować przy wyborze oferty:

**Zasady oceny kryterium „Cena” – 70 pkt:**

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 70 \text{ pkt.}$$

gdzie:

X<sub>c</sub> - wartość punktowa ceny

C<sub>min</sub> - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

C<sub>i</sub> - cena w ofercie „i”

**Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 15 pkt.:**

- liczba zorganizowanych warsztatów dla osób niepełnosprawnych od 1 do 5 – 5 pkt
- liczba zorganizowanych warsztatów dla osób niepełnosprawnych od 6 do 10 – 10 pkt
- liczba zorganizowanych warsztatów dla osób niepełnosprawnych 11 i więcej - 15 pkt

**Zasady oceny kryterium „Referencje” - 15 pkt.:**

- do 5 referencji – 5 pkt.
- 6–10 referencji – 10 pkt.
- 11 i więcej referencji – 15 pkt.

## 16. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieszcza informacje, o rozstrzygnięciu zapytania ofertowego na stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie.

Umowa z wykonawcą zostanie zawarta przed podjęciem współpracy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego

## 17. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Wykonawca jest związany złożoną ofertą do 14.06.2019 r.



Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

## **18. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA**

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny. Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania w szczególności, jeżeli:

- a) cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższają kwotę, którą Zamawiający może przeznaczyć na realizację zamówienia;
- b) wystąpiła zmiana okoliczności powodująca, że wykonanie zamówienia nie leży już w interesie Zamawiającego, o czym Zamawiający poinformuje wykonawców przed upływem terminu składania ofert.

## **19. FINANSOWANIE**

Zamówienie/zamówienia jest/są współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

## **20. UWAGI KOŃCOWE**

- a) Z możliwości realizacji zamówienia będą wyłączone podmioty, które powiązane są z beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo.
- b) Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych, a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski do zawarcia umowy. PTSR Oddział Warszawski może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.
- c) Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski zastrzega możliwość zmiany terminu warsztatów.

## **21. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1.1 – Formularz ofertowy dla projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”

Załącznik nr 1.2 – Formularz ofertowy dla projektu „Sprawić Moc 3”

Załącznik nr 2.1 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych dla projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”

Załącznik nr 2.1 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych dla projektu „Sprawić Moc 3”

Załącznik nr 3.1 – Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych dla projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”

Załącznik nr 3.2 – Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych dla projektu „Sprawić Moc 3”

Załącznik nr 4 - Wykaz doświadczenia w zakresie zakwaterowania i wyżywienia podczas warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych – wypełniany oddzielnie dla projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2” i/lub projektu „Sprawić Moc 3”

....., dnia .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2019/OWPTR/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2019/OWPTR/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** na zakwaterowanie, wyżywienie, podczas Warsztatów „Usprawniające warsztaty wyjazdowe – Nordic Walking” na terenie woj. warmińsko-mazurskiego.

Usługa	Cena
zakwaterowanie (w PLN brutto) za 1 dobę pobytu dla jednej osoby	
wyżywienie całodzienne (w PLN brutto) za 1 dzień dla jednej osoby	
Razem brutto	

.....  
podpis Wykonawcy

....., dnia .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2019/OWPTR/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** w ramach projektu „*Sprawić Moc 3*” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2019/OWPTR/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** na zakwaterowanie, wyżywienie, podczas warsztatów „niezależnego życia” na terenie woj. warmińsko-mazurskiego.

Usługa	Cena
zakwaterowanie (w PLN brutto) za 1 dobę pobytu dla jednej osoby	
wyżywienie całodzienne (w PLN brutto) za 1 dzień dla jednej osoby	
wynajem sali (w PLN brutto) za 1 dzień dla grupy	
Razem brutto	

.....  
podpis Wykonawcy



....., dnia .....

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2019/OWPTR/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a) .....

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić

....., dnia .....

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2019/OWPTR/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** w ramach projektu „*Sprawić Moc 3*” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a) .....

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3.1 do zapytania ofertowego

....., dnia .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2019/OWPTRS/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcia dla chorych na SM 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr **1/2019/OWPTRS/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcia dla chorych na SM 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, wyrażam nieodwołalnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów procesu rekrutacji łącznie z możliwością publikacji wyników rekrutacji na stronie www oraz na wgląd w dokumentację dotyczącą wyżej wymienionego zamówienia przez Zamawiającego oraz przez organy kontrolujące projekt.

..... dnia .....

.....

Podpis Wykonawcy

....., dnia .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2019/OWPISR/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** w ramach realizowanego projektu: „Sprać Moc 3” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr **1/2019/OWPISR/KWSM2/SPR3** data: **24.05.2019** w ramach realizowanego projektu: „Sprać Moc 3” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, wyrażam nieodwołalnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów procesu rekrutacji łącznie z możliwością publikacji wyników rekrutacji na stronie www oraz na wgląd w dokumentację dotyczącą wyżej wymienionego zamówienia przez Zamawiającego oraz przez organy kontrolujące projekt.

..... dnia .....

.....

Podpis Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia w zakresie zakwaterowania i wyżywienia podczas warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych**

<b>Termin realizacji usługi</b>	<b>Rodzaj wyjazdu</b>	<b>Grupa docelowa (w tym liczba osób)</b>	<b>Podmiot zlecający zrealizowanie usługi</b>

.....  
podpis Wykonawcy

