

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGŁOSZENIA Z OFERTĄ PRACY Z DNIA 21.10.2019

.....
Miejscowość i data.....
Imię i nazwisko lub nazwa Wykonawcy.....
Adres

ŚLĄSKIE STOWARZYSZENIE CHORYCH NA SM
SEZAM
ul. Parkowa 5
44-114 Gliwice

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na **ogłoszenie z ofertą pracy na świadczenie usługi NEUROLOGOPEDY** składam poniższą ofertą:

1. Oferuję świadczenie usługi Neurologopedy dla uczestników projektu „Sami Możemy – Kompleksowy Program Integracji Chorych i ich Rodzin – II edycja”

za cenę: zł brutto (słownie:) brutto.

2. Oświadczam, iż oferowana cena zawiera wszelkie koszty związane z realizacją wparcia.
3. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w tym chorymi na SM lub inne choroby neurologiczne. W szczególności wykazuję poniżej doświadczenie:

Lp.	Nazwa instytucji lub nazwa zadania /numer umowy itp. na podstawie realizowana była terapia	Termin realizacji	Imię, nazwisko i telefon osoby mogącej potwierdzić doświadczenie
1.			
2.			
3.			

4. Oświadczam, że:

- a) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania zamówienia.
- b) nie podlegam wykluczeniu w rozumieniu zasady konkurencyjności, o której mowa w Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020.

5. Celem umożliwienia wymiany informacji udostępniam następujące dane:

- a) numer telefonu
- b) adres e-mail:

6. Oświadczam, że cała oferta składa się z niniejszego formularza oraz następujących załączników:

- a) oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań z Zamawiającym
- b) życiorys (CV)
- c) kserokopia dokumentu stwierdzającego wyższe wykształcenie prawne
- d)
- e)

7. Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty, które nie były wymagane przez Zamawiającego, a są istotne dla przebiegu postępowania;

- a)
- b)

.....
Podpis Wykonawcy