



FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa

Wykonawcy

Adres

Tel.

Nr KRS/CEiDG

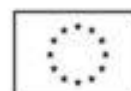
Oferta do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na przeprowadzenie kursu biurowego dla osób niepełnosprawnych intelektualnie – uczestników projektu „Wsparcie – Aktywizacja – Włączenie (WAW)”:

Cena brutto = 1 grupa x =
/cena brutto szkolenia jednej grupy/ /cena brutto/

słownie zł złotych

- Podpisując niniejszą ofertę oświadczam jednocześnie, iż:
 - W pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie wymienione warunki udziału w postępowaniu, w tym brak powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym;
 - Zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
 - Realizacja usług będzie prowadzona zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym.
 - Cena oferty uwzględnia wszystkie koszty wykonania zamówienia.
 - W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
 - Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w protokole wyboru).
 - Wszelkie dołączone do niniejszej oferty dokumenty są zgodne z oryginałem.
- Zobowiązuję się w toku realizacji umowy do bezwzględnego stosowania Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020.
- Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w ofercie i załącznikach są zgodne z prawdą.

Szkolenie będzie przeprowadzone w





Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa

NIP 521 29 92 374 | REGON 014931762

tel.: 22 599 71 00 | fax: 22 599 71 01 | e-mail: kancelaria@wcpr.pl | www.wcpr.pl

/podać miejsce/miejsca przeprowadzenia szkolenia/

Lp.	Rok działalności	Przeprowadzone kursy zawodowe	Ilość osób przeszkolonych/osób niepełnosprawnych przeszkolonych/przeprowadzonych szkoleń biurowych
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Doświadczenie instytucji

....., dnia

.....
Podpis wraz z pieczęcią osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy

