**Złącznik nr 1 do rozeznania rynku nr 1/PnS/3095**

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

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**FORMULARZ CENOWY**

Odpowiadając na rozeznanie rynku dotyczące wyboru Wykonawcy świadczącego **usługę realizacji zajęć dla Moduł I pn: Mobilny dostęp do informacji cyfrowej** w ramach projektu pt. **„Pora na Seniora”** współfinansowanego ze środków programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025 . Oferta numer: 3095w rozeznaniu rynku, oświadczam, że:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa (PLN brutto)** | **Wartość ogółem****(PLN brutto)** |
| **Nazwa wsparcia:** |
| Moduł I pn: Mobilny dostęp do informacji cyfrowej. | godz. | 420 |  |  |

**Oświadczam, że:**

1. całkowita wartość brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. przedstawiona oferta cenowa ma charakter informacyjny i nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu Art.66 par.1 Kodeksu Cywilnego

**Dane osoby do kontaktu ws. niniejszej oferty:**

Imię i nazwisko (nazwa)..….….….............................................................................................

Adres ..…………………………….….............................................................................................

Tel./fax .….….........................................................................................................................

e-mail: ..................................................................................................................................

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

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Złącznik nr 2 do rozeznania rynku nr 1/PnS/3095**

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

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I/LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/a …………………………......................................................................................................................

uprawniony do reprezentowania:

Nazwa firmy: ............................................................................................................................................................

Adres firmy: ..............................................................................................................................................................

NIP: ....................................................................................................................…………………….................................

oświadczam, że **nie jestem powiązany kapitałowo i/lub osobowo z Zamawiającym tj.** Fundacją „Równik”, w szczególności poprzez:

* uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
* pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

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

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 do rozeznania rynku nr 1/PnS/3095**

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

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Ja niżej podpisany/a …………………………......................................................................................................................

uprawniony do reprezentowania:

Nazwa firmy: ............................................................................................................................................................

Adres firmy: ..............................................................................................................................................................

NIP: ....................................................................................................................…………………….................................

**oświadczam, że ww. firma**, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w postępowaniu:

1. W postępowaniu mogą wziąć udział wyłącznie Oferenci, którzy spełniają następujące warunki:

a) Posiadają aktualny wpis do CEDiG/KRS.

b) Dysponują osobami zdolnymi do wykonania danej usługi, na którą Wykonawca złożył ofertę w ramach niniejszego zapytania ofertowego, tzn.: wykładowcy posiadają wykształcenie min. średnie i posiadają doświadczenie w przeprowadzeniu minimum 1 szkolenia dla seniorów.

c) Nie znajdują się w **sytuacji ekonomicznej i finansowej** mogącej budzić poważne wątpliwości co do możliwości prawidłowego wykonania zamówienia, nie wszczęto wobec nich postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono upadłości, nie zalegają z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.

d) Dysponują odpowiednimi środkami technicznymi i organizacyjnymi, umożliwiającymi Wykonawcy spełnienie wymogów RODO(gwarantującymi ochronę oraz minimalizującymi ryzyko naruszenia praw osób, których dane dotyczą).

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

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 4 do rozeznania rynku nr 1/PnS/3095**

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

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**WYKAZ OSÓB, KTÓRYMI DYSPONUJE WYKONAWCA I KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**MODUŁ I PN: MOBILNY DOSTĘP DO INFORMACJI CYFROWEJ.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby przewidzianej do realizacji usługi** | **Wykształcenie, kwalifikacje** | **Doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie – ilość przeprowadzonych szkoleń dla Seniorów** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**Załącznik nr 5 do rozeznania rynku nr 1/PnS/3095**

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

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**ARKUSZ OCENY WYKONAWCY PRZETWARZAJĄCEGO DANE OSOBOWE**

**W ZWIĄZKU Z PLANOWANYM POWIERZENIEM PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU**

|  |
| --- |
|  Wyjaśnienie:Zgodnie z art. 28 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych:*Jeżeli przetwarzanie ma być dokonywane w imieniu administratora, powierza on dane jedynie takim podmiotom przetwarzającym, które zapewniają wystarczające gwarancje wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie spełniało wymogi niniejszego rozporządzenia i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.* |
| **L.p.** | **Pytania dla Oferenta / Wykonawcy / Podmiotu przetwarzającego** | **TAK** | **NIE** | **UWAGI** |
| 1 | Czy w Państwa organizacji zostały wdrożone wymagania określone w Rozporządzeniu 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 orazuchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)? |  |  |  |
| 2 | Czy w Państwa organizacji obowiązuje Polityka Bezpieczeństwa lub innydokument(-y) regulujący(-ce) zasady ochrony danych osobowych? Jeżeli inny to proszę wskazać jaki w polu uwagi. |  |  |  |
| 3 | Czy dysponują Państwo Personelem przeszkolonym z zakresu ochrony danychosobowych (przynajmniej 1 osoba) |  |  |  |
| 4 | Czy dysponują Państwo odpowiednio zabezpieczonym programem antywirusowym sprzętem komputerowym umożliwiającym bezpieczneprzetwarzanie danych osobowych w formie elektronicznej |  |  |  |
| 5 | Czy w dysponują Państwo odpowiednio wyposażonymi i zabezpieczonymi pomieszczeniami umożliwiającymi bezpieczne przetwarzanie danychosobowych |  |  |  |
| **KOMENTARZ:**Jedynie udzielenie odpowiedzi "TAK" na wszystkie pytania ankiety lub wskazanie w rubryce "Uwagi" terminu i sposobu wypełnienia warunków umożliwiających odpowiedź TAK umożliwi podpisanie Umowy dotyczącej powierzenia danych osobowych. |

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

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)