



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

**Gmina Żelów - działająca przez:
Miejsko-Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej w Żelowie
97-425 Żelów
ul. Piotrkowska 12**

Miejscowość, dnia

.....
pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY

Odpowiadając na skierowane zapytanie ofertowe dotyczące zamówienia publicznego realizowanego na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 1605 z późn. zm..) oraz zgodnie z Regulaminem udzielania zamówień publicznych o wartości nie przekraczającej 130 000,00 zł netto na dostawy, usługi i roboty budowlane przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żelowie dotyczące:

Przeprowadzenia usługi 12-tu warsztatów fryzjerskich (3 godziny zegarowe / 1 warsztat) z wykorzystaniem przez fryzjera własnych kosmetyków fryzjerskich, z częstotliwością wykonania usługi w sposób następujący:

- 1 warsztat raz na 2 miesiące, począwszy od m-ca lipca 2024 r. do m-ca czerwca 2025 r. (6 warsztatów),
- 1 warsztat raz na kwartał, począwszy od m-ca lipca 2025 r. do m-ca grudnia 2026 r. (6 warsztatów)

dla uczestników projektu pn. CUS II dla powiatu bełchatowskiego Zadanie Nr 5 – Klub Seniora dla osób niesamodzielnych Żelów.

W okresie realizacji w/w projektu tj.: od dnia podpisania umowy o świadczenie usług do m-ca grudnia 2026 r. szacuje się przeprowadzenie ogółem 12-tu warsztatów fryzjerskich na łączną ilość 36 godzin.

W/w zadanie w projekcie, realizowane jest przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żelowie w ramach Umowy o dofinansowanie projektu Nr FELD.07.09-IP.01-0003/23-00, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, Priorytet 7: Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Łódzkiem, Działanie FELD.07.09.



Realizator projektu:
Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ
ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260,
e-mail: biuro@przystan.bełchatow.pl



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

1. Nazwa (Imię i nazwisko) i adres Wykonawcy

.....
.....

.....
.....

Nr tel:.....

e-mail:.....

NIP:.....

REGON:.....

składam ofertę następującej treści:

Cena brutto za 1 godzinę zegarową usługi fryzjerskiej

..... złotych słownie złotych brutto:

.....

2. Jednocześnie podpisując niniejszą ofertę oświadczam, że:

- a) Nie jestem powiązany z zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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:
- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
 - posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
 - 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.
- b) Nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne wobec ZUS oraz nie zalegam z opłacaniem podatków.
- c) W stosunku do prowadzonej przeze mnie działalności nie otwarto likwidacji, nie ogłoszono upadłości ani nie wszczęto postępowania upadłościowego.
- d) W pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie warunki i wymagania dotyczące udziału w postępowaniu.



Realizator projektu:

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ
ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260,
e-mail: biuro@przystan.belchatow.pl



- e) Zapoznałem/am się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
- f) Oświadczam, że posiadam kwalifikacje kosmetyczki i minimum 2-letnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie świadczenia usług kosmetycznych i na jego potwierdzenie składam do niniejszej oferty załączniki:
- Załącznik nr 2 - Życiorys zawodowy wraz z kopiami dokumentów,
potwierdzającymi posiadane kwalifikacje i potwierdzającymi
wymagane doświadczenie zawodowe,
Załącznik nr 3 – Oświadczenie (dot. wymiaru zaangażowania).

.....
(czytelny podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 2 - Życiorys zawodowy

CV

1. Nazwisko:
2. Imię:
3. Data urodzenia:
4. Narodowość
5. Wykształcenie:

Instytucja	
Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok)	
Uzyskane stopnie lub dyplomy:	

Instytucja	
Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok)	
Uzyskane stopnie lub dyplomy:	

Instytucja	
Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok)	
Uzyskane stopnie lub dyplomy:	

Instytucja	
Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok)	
Uzyskane stopnie lub dyplomy:	

6. Znajomość języków obcych: (od 1 do 5 w zależności od stopnia znajomości)





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

języka)

Język obcy	Czytanie	Mowa	Pisanie
jęz.			
jęz.			
jęz.			
inny (podać jaki)			

7. Członkostwo w organizacjach:

8. Obecne stanowisko (z uwzględnieniem zaangażowania w realizację innych projektów współfinansowanych ze środków UE):

9. Przebieg pracy zawodowej:

Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok)	
Miejsce	
Firma	
Stanowisko	
Opis	

Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok)	
Miejsce	
Firma	
Stanowisko	
Opis	

10. Inne (np. publikacje, opracowania):

11. Odbite szkolenia:

12. Inne umiejętności:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

.....

miejsowość

.....

data podpis



Realizator projektu:
Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ
ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260,
e-mail: biuro@przystan.belchatow.pl



Załącznik nr 3

Imię i nazwisko

Miejscowość i data

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1. aktualnie **nie jestem/jestem**¹ zaangażowany(a) zawodowo w realizację:

Lp.	Nazwa i adres Podmiotu	Pełnione stanowisko(a) /funkcja	Forma ² zaangażowa nia zawodowego	Wymiar zaangażowania (etat/godziny)
1				
2				
3				

Istnieje możliwość zwiększenia liczby wierszy w tabeli

2. Moje łączne zaangażowanie zawodowe³ w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań

¹ niewłaściwe wykreślić

² dotyczy wszystkich form zaangażowania zawodowego, w przypadku stosunku pracy – uwzględnia liczbę dni roboczych w danym miesiącu wynikających ze stosunku pracy (do limitu wlicza się czas nieobecności pracownika związanej ze zwolnieniami lekarskimi i urlopem wypoczynkowym, a nie wlicza się czasu nieobecności pracownika związanej z urlopem bezpłatnym, w przypadku stosunku cywilnoprawnego, samozatrudnienia oraz innych form zaangażowania – uwzględnia czas faktycznie przepracowany, w tym czas zaangażowania w ramach własnej działalności gospodarczej.

³ dotyczy wszelkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności w ramach stosunku pracy, stosunku cywilnoprawnego i samozatrudnienia, o którym mowa w Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, zaangażowania w ramach prowadzenia własnej działalności gospodarczej.





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

finansowanych z innych źródeł i innych podmiotów, nie przekracza 276 godzin miesięcznie.

3. Obciążenia wynikające z zaangażowania mnie do projektu: „**CUS II dla powiatu bełchatowskiego**” nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich zadań powierzonych mojej osobie.
4. W okresie kwalifikowania mojego wynagrodzenia w projekcie: „**CUS II dla powiatu bełchatowskiego**” zobowiązuję się do spełnienia warunków opisanych w pkt. 2 oraz aktualizacji informacji określonych w pkt.1 w chwili wystąpienia zmiany.

.....
data i czytelny podpis



Realizator projektu:
Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ
ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260,
e-mail: biuro@przystan.belchatow.pl