**Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego

nr 5-AU-2019na wykonanie usługi muzykoterapii

z dn. 12.08.2019 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

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

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usługi muzykoterapii   
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” składam następującą ofertę na realizację usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych   
w zapytaniu ofertowym.

Złożona oferta powinna określać wynagrodzenie Wykonawcy za 1 godzinę zegarową świadczonej usługi, wynagrodzenie za całą usługę netto, przy oraz łączną cenę oferty netto   
i brutto – jak powyżej:

1. Cena netto za 1 (jedną) godzinę muzykoterapii:…………………………………………………………..
2. Ilość godzin………………………………………………………………………………………………………………….
3. Łączna cena netto c = (a x b)………………………………………………………………………………………..
4. Łączna cena brutto d = (a x b) x podatek VAT /lub niezbędne składki wynikające   
   z umowy zlecenia………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że:

* 1. w całkowitej cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania usługi w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym nr 5-AU-2019;
  2. zapoznałem się z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
  3. w pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie warunki i wymagania dotyczące udziału w postępowaniu;
  4. akceptuję wszystkie zapisy zapytania ofertowego nr 5-AU-2019i zapewniam należytą staranność, terminowość i dyspozycyjność przy realizacji przedmiotowego zamówienia;
  5. w przypadku wyboru mojej oferty wykonam dokumentację opisaną w zapytaniu ofertowym oraz wymaganą przez Zamawiającego;
  6. zobowiązuję się, że w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę w miejscu   
     i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego

nr 5-AU-2019na wykonanie usługi muzykoterapii

z dn. 12.08.2019 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

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

**ZESTAWIENIE INFORMACJI O OSOBIE, KTÓRA BĘDZIE WYKONYWAĆ ZAMÓWIENIE**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usługi muzykoterapii   
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” do realizacji niniejszego zamówienia wskazuję poniższą osobę/osoby:

1. Imię i nazwisko ...............................................................................................................

2. wykształcenie/kwalifikacje..................................................................................................

Osoba ta legitymuje się następującym doświadczeniem (należy wpisać X w odpowiednim wierszu):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Doświadczenie: | Właściwe zaznaczyć znakiem X |
|  | Doświadczenie w realizacji warsztatów, zajęć z zakresu muzykoterapii, które obejmuje 2 warsztaty. |  |
|  | Doświadczenie w realizacji warsztatów, zajęć z zakresu muzykoterapii, które obejmuje 3 warsztaty. |  |
|  | Doświadczenie w realizacji warsztatów, zajęć z zakresu muzykoterapii, które obejmuje 4 warsztaty. |  |
|  | Doświadczenie w realizacji warsztatów, zajęć z zakresu muzykoterapii, które obejmuje 5 i więcej warsztatów. |  |

Oświadczam/y, że wyżej wskazana osoba posiada odpowiednie kwalifikacje, zgodne   
z wymaganiami Zamawiającego, oraz jest zdolna do wykonania zamówienia opisanego   
w zapytaniu ofertowym.

Ponadto oświadczam/y, że na żądanie Zamawiającego przedstawię/my świadectwa pracy/zaświadczenia lub referencje potwierdzające informacje zawarte w powyższym zdaniu.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 3** do zapytania ofertowego

nr 5-AU-2019na wykonanie usługi muzykoterapii

z dn. 12.08.2019 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

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

**OŚWIADCZENIE**

**o braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usługi muzykoterapii   
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązany(i) z Zamawiającym kapitałowo lub osobowo.

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 przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające   
w szczególności na:

* 1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
  2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
  3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
  4. 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.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy