Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

 **do zapytania ofertowego nr 1/2024**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Wolbromiu

ul. Skalska 22  32-340 Wolbrom

**WYKONAWCA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres wykonawcy |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Osoba uprawniona do kontaktów |  |
| Tel. / e-mail |  |

Nawiązując do Zapytania ofertowego nr 1/2024 składamy niniejszą ofertę:

Oferujemy zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w Zapytaniu ofertowym - realizację audytów zewnętrznych stanowiących niezależne potwierdzenie prawidłowości realizacji 5 projektów dofinansowanych ze środków PFRON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa projektu**  | **Całkowita cena netto** | **VAT** | **Całkowita cena brutto** |
| 1. | Wsparcie terapeutyczne w Placówce Wsparcia Dziennego "Otwarte Drzwi"  |  |  |  |
| 2. | Zwiększenie samodzielności i niezależności osób z niepełnosprawnością intelektualną poprzez udział w mieszkaniach treningowych |  |  |  |
| 3. | Terapia poprzez zastosowanie różnych form wsparcia w Zespole Rehabilitacyjno – Terapeutycznym |  |  |  |
| 4.  | „Terapia zajęciowa w Dziennym Centrum Aktywności”  |  |  |  |
| 5.  | Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych |  |  |  |
| Zadeklarowana łączna cena brutto:(Słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………….…………….) |

**Jednocześnie oświadczamy, że:**

1. Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
2. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie Zamówienia
3. Dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
4. Akceptujemy okres wykonania przedmiotu zamówienia.
5. Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia przy pomocy osób posiadających odpowiednie kwalifikacje, niezbędne uprawnienia, ważne badania lekarskie i aktualne przeszkolenie BHP.
6. Zapoznaliśmy się w sposób wystarczający i konieczny ze szczegółowym zakresem zamówienia zawartym w zapytaniu oraz wszystkimi informacjami niezbędnymi do zrealizowania zamówienia,
a nieznajomość powyższego stanu nie może być przyczyną dodatkowych roszczeń finansowych.
7. Gwarantujemy wykonanie zamówienia zgodnie z treścią zapytania.

*Świadomy/i odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję iż dane zawarte
w Formularzu są zgodne z prawdą.*

 ……………………………… ……………………….…………..

 *miejscowość, data czytelny podpis i pieczątka*

Załącznik nr 2

……………………….……. dnia …………………….

**OŚWIADCZENIE**

-Oświadczam/y, że osoby zaangażowane do realizacji zamówienia posiadają odpowiednie uprawnienia zawodowe do realizacji tego typu przedsięwzięć oraz udokumentowane doświadczenie zawodowe w tym zakresie.

- Oświadczamy, że dysponujemy osobami posiadającymi udokumentowane kwalifikacje oraz doświadczenie w zakresie przeprowadzania audytów zewnętrznych projektów ze środków publicznych (osoby spełniają warunki określone w art. 286 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych Dz. U. z 2019 r. poz. 869, z późń. zm.)

- Oświadczamy, że dysponujemy osobami posiadającymi udokumentowane doświadczenie
w przeprowadzaniu audytu zewnętrznego lub wewnętrznego

- Zespół przeprowadzający audyt zewnętrzny będzie miał przynajmniej 2 osobowy skład. W skład zespołu będzie wchodzić min. 1 osoba posiadająca uprawnienia biegłego rewidenta.

- Osoby, które będą uczestniczyć w przeprowadzaniu audytu zewnętrznego będą spełniać wymóg bezstronności i niezależności od Zamawiającego.

- Osoby, które będą uczestniczyć w przeprowadzaniu audytu zewnętrznego będą spełniać wymóg bezstronności i niezależności od PFRON – niepozostawanie w stosunku pracy z PFRON.

- Audyty zewnętrzne projektów wykazanych w zapytaniu ofertowym nr 1/2024 będą realizowane
 i raportowane zgodnie z ,,Wytycznymi dot. audytu zewnętrznego zadań/ projektów finansowanych
w części lub w całości ze środków PFRON w ramach ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych”.

-Oświadczam/y, że nie znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej mogącej budzić poważne wątpliwości co do możliwości prawidłowego wykonania zamówienia, nie wszczęto postępowania upadłościowego, nie ogłoszono upadłości, nie zalegamy z opłacaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne.

……………………………………………..…………..

 Podpis i pieczęć Oferenta

Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a)

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

Oświadczam, że Wykonawca nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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:

a) uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu, co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub pozostawania
w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 ………..…………………………..…………………………………………

(Data i Podpis Wykonawcy lub osoby działającej w imieniu Wykonawcy)

Załącznik nr 4

………………………………………

Nazwa Wykonawcy

**Klauzula informacyjna zgodna z RODO**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KOŁO W WOLBROMIU, REGON: 120865253, NIP: 6371992720, KRS 0000323834 ul. Skalska 22, 32-340 Wolbrom.
2. Ma Pan/Pani prawo do dostępu do swoich danych osobowych, do ich poprawiania, żądania ich usunięcia lub wniesienia sprzeciwu z powodu Twojej szczególnej sytuacji. Ma Pan/Pani również prawo do żądania od Nas ograniczenia przetwarzania Pana/Pani danych, a także do ich przenoszenia.
3. Jeżeli uzna Pan/Pani, że Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane niezgodnie z wymogami prawa ma Pan/Pani prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w kilku różnych celach tj. dla prawidłowej realizacji umowy, dla celów podatkowych, rachunkowych, a także mogą być przetwarzane dla dochodzenia roszczeń wynikających z przepisów prawa cywilnego, jeśli takie się pojawią. W pojęciu "realizacja umowy" mieszczą się również działania podejmowane przed zawarciem umowy, na żądanie podmiotu danych, jeśli są niezbędne do zawarcia umowy.
5. Podanie przez Pana/Panią danych jest dobrowolne, lecz konieczne do zawarcia i wykonania umowy.
6. Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych jest art. 6 ust. 1 lit. b rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) - dalej RODO, (tzn. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której jesteś stroną lub do podjęcia działań na Pana/Pani żądanie przed zawarciem umowy), art. 6 ust. 1 lit. c RODO (tzn. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, który na Nas ciąży takiego jak np. obowiązek archiwizacyjny) oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO (tzn. przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń).
7. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą te podmioty, którym mamy obowiązek przekazywania dane na gruncie obowiązujących przepisów prawa, w tym Urząd Skarbowy, a także podmioty świadczące na Naszą rzecz usługi księgowe, transportowe, dostarczające przesyłki kurierskie i pocztę.
8. Pana/Pani dane osobowe będą przez Nas przetwarzane przez cały czas, przez który umowa będzie wykonywana, a także później tj. do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy i w związku z realizacją obowiązku archiwizacyjnego.

………………………………………………………….

 Data i podpis Wykonawcy

Załącznik nr 5

**WYKAZ WYKONANYCH AUDYTÓW ZADAŃ LUB PROJEKTÓW FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres Zleceniodawcy | Termin wykonania usługi |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\*Wykonawca musi wykazać poprawne wykonanie audytów- min. 3 zadań/ projektów finansowanych ze środków publicznych.**

Wykaz wykonanych audytów dotyczy Wykonawcy- podmiotu ubiegającego się o uzyskanie zlecenia
a także osób bezpośrednio zaangażowanych do realizacji audytu określonego w zapytaniu ofertowym nr 1/2024

………………………………………………………….

 Data i podpis Wykonawcy

Załącznik nr 6

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU AUDYTU\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje | Doświadczenie w realizacji audytów ze środków publicznych |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*Należy wykazać min. 2 osoby Jedna osoba w zespole powinna mieć uprawnienia biegłego rewidenta.**

Wykaz osób dotyczy Wykonawcy- podmiotu ubiegającego się o uzyskanie zlecenia
a także osób bezpośrednio zaangażowanych do realizacji audytu określonego w zapytaniu ofertowym nr 1/2024

………………………………………………………….

 Data i podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7

# **OŚWIADCZENIE O BEZSTRONNOŚCI I NIEZALEŻNOŚCI\***

Przystępując do zapytania ofertowego nr 1/2024 dot. usługi audytów zewnętrznych stanowiących niezależne potwierdzenie prawidłowości realizacji 5 projektów dofinansowanych ze środków PFRON

jako osoba uczestnicząca w przeprowadzeniu audytu oświadczam, że spełniam wymóg bezstronności i niezależności, tj.:

1. nie posiadam udziałów, akcji lub innych tytułów własności w Jednostce audytowanej lub w jednostce z nią stowarzyszonej, dominującej, zależnej lub współzależnej, w której mam wykonać usługę dotyczącą audytu zewnętrznego zadania/projektu;
2. nie jestem i nie byłem(-am) w ciągu ostatnich 3 lat przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem), członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem Jednostki audytowanej albo jednostki z nią stowarzyszonej, dominującej, zależnej lub współzależnej;
3. nie osiągnąłem(-am), chociażby w jednym roku w ciągu ostatnich 5 lat, co najmniej 50% przychodu rocznego z tytułu świadczenia usług na rzecz Jednostki audytowanej, jednostki wobec niej dominującej lub jednostek z nią stowarzyszonych, jednostek od niej zależnych lub współzależnych – *nie dotyczy to pierwszego roku działalności podmiotu przeprowadzającego audyt*;
4. w ciągu ostatnich 3 lat nie uczestniczyłem(-am) w sporządzaniu dokumentów stanowiących przedmiot audytu zewnętrznego;
5. nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej do drugiego stopnia i nie jestem związany(-a) z tytułu opieki, przysposobienia lub kurateli z osobą zarządzającą lub będącą w organach nadzorczych Jednostki audytowanej albo zatrudniającą przy prowadzeniu audytu takich osób;
6. nie jestem i nie byłem(-am) zaangażowany(-a) w planowanie, realizację, zarządzanie zadaniem/projektem, którego dotyczy audyt;
7. nie pozostaję w stosunku pracy lub zlecenia z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
8. nie mam żadnych innych powodów, które spowodowałyby, że nie spełniam warunków bezstronności i niezależności.

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis osoby uczestniczącej w przeprowadzeniu audytu | Data i miejsce |
|  |  |

\*Oświadczenie powinno zostać wypełnione przez każdą z osób zaangażowanych do realizacji audytów zewnętrznych zgodnie z zapytaniem ofertowym nr 1/2024