**Załącznik 1 do Zapytania o cenę nr 10/ZC/RPSL.07.01.03-24-0257/19**

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

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

**FORMULARZ CENOWY**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia zawartym w pkt V w następującej cenie:

| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **j.m.** | **Liczba** | **Cena jednostkowa (PLN brutto)** | **Wartość ogółem  (PLN brutto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Szkolenie z zakresu **rejestracji medycznej**  (54 h) | osoba | 12 |  |  |
|  | Egzaminpotwierdzający nabyte kwalifikacje obejmujący zakres tematyczny szkolenia **„Pracownik rejestracji medycznej z elementami kadr i płac i sprzedażą”** | osoba | 12 |  |  |

**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)

**Załącznik 2 do Zapytania o cenę nr 10/ZC/RPSL.07.01.03-24-0257/19**

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

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

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

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

Uprawniony/a do reprezentowania:

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

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

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

oświadczam, że **nie jestem powiązany kapitałowo i/lub osobowo z Zamawiającym** tj. **LOKALNĄ GRUPĄ DZIAŁANIA "WSPÓLNY ROZWÓJ" z siedzibą w Jastrzębiu Zdrój (44-335), al. Mazowiecka 2** 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)