**Załącznik nr 2 do SIWZ**

.....................................................

pieczątka Firmowa Wykonawcy

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

I. Nazwa i adres Zamawiającego:

Powiat Bialski - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Brzeska 41, 21-500 Biała Podlaska

tel./fax (81)343 29 82

e-mail: pcprbp@wp.pl

II. Nazwa przedmiotu zamówienia**: Wyjazd terapeutyczno – szkoleniowy**

III. Tryb postępowania: Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 39 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych.

IV. Nazwa i adres Wykonawcy:

..................................................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................

WOJEWÓDZTWO: …........................................................................................

REGON: ............................................ NIP: .......................................................

tel.: .................................................... fax: .......................................................

V. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:

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

tel. ...........................................................................................

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

VI. Oferuję (oferujemy) cenę za usługę zorganizowania i przeprowadzenia kursu zgodnie z przedmiotem zamówienia .................................................. PLN brutto (słownie: ................................................................................................................)

Doświadczenie psychologa w pracy (w latach) …………………………………

VII. JA (MY) NIŻEJ PODPISANY (I) OŚWIADCZAMY, ŻE:

1) zapoznałem (zapoznamy) sie ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i uznaję się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia,

2) gwarantuję (gwarantujemy) wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią SIWZ, wyjaśnień do SIWZ oraz jej modyfikacji,

3) w przypadku uznania mojej(naszej) oferty za najkorzystniejszą umowę zobowiązuję(emy) się zawrzeć w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,

4) termin wyjazdu (od - do)

……………………………………………………………………….……………………

5) miejsce realizacji (nazwa ośrodka i adres)

……………………………………………………………………….……………………

6) w związku z dopuszczeniem przez Zamawiającego przesyłania oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji drogą elektroniczną wskazujemy adres przeznaczony do tej formy kontaktu:

e-mail: …………………………@....................................................

**Zgodnie z wymogiem Zamawiającego zobowiązujemy się do niezwłocznego potwierdzenia faktu otrzymania w/w dokumentów drogą elektroniczną.**

Załącznikami do oferty są:

1. Załącznik Nr 3 - OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA
2. Załącznik Nr 4 - OŚWIADCZENIE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU
3. Program kursu „Recepcjonista medyczny”
4. Program treningu umiejętności i kompetencji społecznych oraz zajęć integrująco – aktywizujących

5………………..

6………………..

.......................................... .........................................

/miejscowość, data/ podpis osoby/osób

uprawnionych do składania

oświadczeń woli

w imieniu Wykonawcy