**Załącznik nr 2**

**OFERTA / ZAPYTANIE CENOWE**

**dotyczące zamówień poniżej 30 000 euro**

**Park Narodowy „Ujście Warty”** zaprasza do złożenia oferty na:

**Treść oferty:** **usługa ochrony w formie bezpośredniej ochrony fizycznej obiektów
i mienia** **Parku Narodowego „Ujście Warty”** - **przy ul. 3-Lutego 90 w Słońsku.**

1. Nazwa wykonawcy:.......................................................................................................................................
2. Adres Wykonawcy: …………..………………………………………………..………………...................
3. NIP ………………………………….............................................................................................................
4. Regon: ………………………………............................................................................................................
5. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:
	1. ochrony obiektu w Chyrzynie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc** | **Liczba roboczogodzin**  | **Stawka za roboczogodzinę** | **Wartość brutto/miesiąc** |
| **/brutto/** |
| 1 | Czerwiec | 552,0 |   |   |
| 2 | Lipiec | 560,0 |   |   |
| 3 | Sierpień | 576,0 |   |   |
| 4 | Wrzesień | 544,0 |   |   |
| 5 | Październik | 568,0 |   |   |
| 6 | Listopad | 560,0 |   |   |
| 7 | Grudzień | 576,0 |   |   |
| **RAZEM** | **3 936,0** | **x** |   |

1. Razem, wartość wskazana w pkt. 5: ……………………………………………………………………………………………..…..…..…. zł (słownie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………..…...zł)
2. Podatek VAT: ..…% wartość ………….… zł
3. Cena netto: …………………..………… zł (słownie ………..………………………………………….…………..………… zł)
4. Wykonawca, który zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 roku (tj. Dz. U. z 2018 poz. 1925), który osiąga wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych będących: osobami niepełnosprawnymi zaliczonymi do znacznego stopnia niepełnosprawności lub osobami niewidomymi, psychicznie chorymi lub upośledzonymi umysłowo lub osobami z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi lub epilepsją – zaliczonymi do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności w wysokości co najmniej 30%:

[ ]  TAK [ ]  NIE

*Uwaga: odpowiednio należy zaznaczyć.*

1. Termin realizacji zamówienia:

Termin i forma płatności do 21 dni od daty wystawienia faktury VAT w formie przelewu.

1. Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym: .
2. Sposób przygotowania oferty: forma pisemna w języku polskim.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i informację o RODO i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

Miejscowość dnia : …………………………

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

pieczątka wykonawcy

**Załącznik nr 4**

Wzór wykazu osób

 *(pieczęć firmowa Wykonawcy)*

**LISTĘ KWALIFIKOWANYCH PRACOWNIKÓW OCHRONY FIZYCZNEJ**

**w wykonYwaniu zamówienia**

Na potwierdzenie spełniania warunku dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia, tj., że dysponuję lub będę dysponował co najmniej:

**- w zakresie przedmiotu zamówienia:** 4 osobami wpisanymi na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****osoby** | **Kwalifikacje****zawodowe****osoby** | **Zakres wykonywanych przez osobę czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |

Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia tj. są wpisane na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej.

……………………………

*(Podpis Wykonawcy)*

……………………, dnia ………………………

 *(miejscowość)*

|  |
| --- |
| UWAGA!Wykonawca zgodnie - podaje **listę kwalifikowanych pracowników ochrony – przy podpisaniu umowy.** |