# Załącznik nr 1

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

Imię i nazwisko oferenta

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

Adres Oferenta

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

tel., mail

## FORMULARZ OFERTY

| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Koszt realizacji dostawy wyposażenia****(koszt brutto)** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 1 | Dodatkowe wyposażenia do Warsztatu Terapii Zajęciowej  |  |
| 2 | Wyposażenie Sali Doświadczania Świata  |  |
| 3 | Wyposażenie do prowadzenia warsztatów teatralnych  |  |

Oświadczam, iż w dniu ....................... zapoznałem/-łam się z treścią zapytania ofertowego nr 2/AKTON/FOB/2021 oraz, że spełniam wszystkie zawarte w nim wymogi dotyczące oferenta. Ponadto potwierdzam, że podana cena jednostkowa uwzględnia wszystkie prace
i czynności oraz koszty związane z realizacją zamówienia świadczonego przez okres i na warunkach określonych w ofercie (w tym koszty obowiązkowego ubezpieczenia społecznego ponoszone przez Zamawiającego).

Miejscowość, data Podpis Oferenta

## OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ

Oświadczam, że nie mam powiązań kapitałowych lub osobowych rozumianych jako wzajemne powiązania między Fundacją Oczami Brata lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w jej imieniu lub osobami wykonującymi w jej imieniu czynności związane
z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy
a wykonawcą, polegające w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* pozostawaniu 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.

Miejscowość, data Podpis Oferenta