

FORMULARZ OFERTY

Nazwa i adres Wykonawcy:

.....

Dane kontaktowe Wykonawcy (tel., fax., e-mail):

.....

NIP/PESEL..... REGON

Do: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Czernicy, ul. Wrocławska 78, 55-003 Czernica

W odpowiedzi na ogłoszenie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Czernicy na wykonanie

.....

.....

(przedmiot zamówienia)

oferuję wykonanie zamówienia w kwocie: zł

(słownie:).

Oświadczam, iż akceptuję ramowe warunki realizacji przedmiotu umowy określone w zapytaniu ofertowym. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. Zobowiązuje się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Do oferty załączam:

1

2

3

4

.....

(miejscowość, data, podpis Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW

Zamawiający: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Wrocławska 78, 55-003 Czernica

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunki udziału określone w zapytaniu ofertowym, którego przedmiot stanowi przeprowadzenie treningu kompetencji wychowawczych dla rodziców z terenu Gminy Czernica.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Formularz do celów zgłoszenia do ubezpieczeń

Imię pierwsze	
Imię drugie	
Nazwisko	
Nazwisko rodowe	
PESEL:	
Data i miejsce urodzenia	
Seria, numer i rodzaj dokumentu tożsamości, nazwa organu wydającego	
Obywatelstwo	
Numer telefonu	
Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Taki sam jak zameldowania/ inny* (proszę podać jaki):	
Adres do korespondencji	
Taki sam jak zameldowania/ zamieszkania/inny*(proszę podać jaki):	
Oświadczenie do celów ustalenia właściwego urzędu skarbowego	
Oświadczam, że właściwym urzędem skarbowym ze względu na miejsce zameldowania/zamieszkania* jest Urząd Skarbowy ul. W informacji PIT-11 proszę o umieszczenie adresu zamieszkania/zameldowania*.	
Numer konta bankowego	
Proszę o przelew wynagrodzenia wynikającego z umowy zlecenia na wskazany wyżej rachunek bankowy.	
Oświadczenie do celów określenia tytułu do ubezpieczenia społecznego	
1. Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że posiadam prawo do:	
<ul style="list-style-type: none"> - emerytury TAK / NIE * - świadczenia przedemerytalnego TAK / NIE * - renty TAK / NIE * (renta przyznana od dnia do dnia 	
Jeśli w którejś pozycji zaznaczono „tak”, proszę podać numer legitymacji:.....	
- posiadam stopień niepełnosprawności TAK / NIE * (lekki, umiarkowany, znaczny * - proszę dołączyć kopię zaświadczenia o stopniu pełnosprawności)	
2. Jestem zatrudniony/a:	
- umowę o pracę TAK / NIE*	
.....	
<small>nazwa i adres zakładu</small>	
Wynagrodzenie z umowy o pracę stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego jest <u>równa bądź większa</u> niż najniższe wynagrodzenie. TAK / NIE*	
Umowa o pracę zawarta jest na okres próbny/czas określony* od do.....	
na czas nieokreślony od	
- umowę zlecenie TAK / NIE*	
<small>(nazwa i adres zleceniodawcy)</small>	
.....	
Oświadczam, że umowa została zawarta na okres od..... do.....	

Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuje/uzyskam przychód miesięczny, będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne (wybrać właściwe):

- w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia brutto
- w wysokości poniżej minimalnego wynagrodzenia brutto.

3. Prowadzę działalność gospodarczą. TAK/NIE*

NIP:

Jeśli tak to proszę wskazać wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne:*

- podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi kwota nie mniejsza niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego
- podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi kwota mniejsza niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego (proszę podać jaka)

4. Posiadam inne tytuły do ubezpieczeń społecznych. TAK / NIE*

Jeśli TAK to proszę podać jakie, wskazać wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne :
.....
.....

5. Przebywam:

- na urlopie bezpłatnym TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę podać okres).....
- na urlopie wychowawczym TAK/NIE*(jeśli „tak” proszę podać okres)
- na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK/NIE* (jeśli „tak” proszę podać okres)

6. Jestem studentem TAK / NIE*

(wymienić nazwę uczelni)

numer legitymacji studenckiej

nie ukończyłem 26 roku życia TAK/NIE*.

Rok nauki:

7. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy. TAK / NIE*

Jeśli TAK proszę podać w którym
Z prawem / BEZ prawa* do zasiłku dla bezrobotnych.

8. Zleceniobiorca nie wnosi / wnosi* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu umowy zlecenia.

9. Zleceniobiorca nie wnosi / wnosi* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu umowy zlecenia

*niewłaściwe skreślić

Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie 7 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(data i czytelny podpis)