



**POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ
KOŁO W KOSZALINIE**

ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

ul. Wyspiańskiego 4, 75- 629 KOSZALIN, tel. (94) 345-08-53, fax (94) 346-44-84

e-mail: psoni@niepelnosprawni.koszalin.pl , www.niepelnosprawni.koszalin.pl

Formularz oferty

do zapytania ofertowego w ramach rozeznania rynku z dnia 19.03.2025r.

Dotyczącego ustalenia ceny rynkowej usługi prowadzenia zajęć hipoterapeutycznych 1h (60min.)
z uczestnikami projektu „Przez rehabilitację do samodzielności...”

finansowanego ze środków PFRON

rozeznanie dotyczące:	1 h (60 min) zajęć hipoterapeutycznych
Cena netto:	
Cena brutto:	
Imię i nazwisko / firma:	
Telefon kontaktowy:	
Data, podpis:	

**O ŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB
KAPITAŁOWYCH**

Ja niżej podpisany/a

.....
oświadczam, że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Polskim Stowarzyszeniem na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie lub osobami wykonującymi w imieniu Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie czynności związanych z przygotowaniem lub przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między wykonawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- pełnienie funkcji 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 stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;

.....dnia.....

.....

(Podpis)