**FORMULARZ OFERTOWY  
EWELTOUR / 1**

Nazwa usługi: **Opracowanie strategii marketingowej**

1. **DANE PODMIOTU - USŁUGODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Podmiotu zgodnie z dokumentem rejestrowym |  |
| Osoba/y uprawniona/e do  podejmowania decyzji wiążących w imieniu Podmiotu |  |
| Imię i nazwisko osoby kontaktowej |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| E-mail |  |
| **Adres siedziby Podmiotu zgodnie z dokumentem rejestrowym** | |
| Województwo |  |
| Gmina |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer budynku/ numer lokalu |  |
| NIP |  |

1. **CENA WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Cena oferty netto (zł) |  |
| VAT (zł) |  |
| Cena oferty brutto (zł) |  |

1. **KRYTERIA DOSTĘPU UMOŻLIWIAJĄCE USŁUGODAWCY UDZIAŁ W POSTĘPOWANIU I SPOSÓB OCENY**

(\*Nie dotyczy: Instytucji Otoczenia Biznesu posiadających akredytację Ośrodka Innowacji wydaną przez właściwe Ministerstwo oraz Instytucji Otoczenia Biznesu zapisanych w katalogu usługodawców na platformie internetowej)

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium dostępu** | **Opis potwierdzający spełnienie danego kryterium** (wraz z dokumentacją potwierdzającą np.: dokument rejestrowy, statut, referencje, protokoły odbiorcze, umowy, itp. - jeśli dotyczy) |
| Podmiot spełnia definicję Usługodawcy określoną w Regulaminie udzielania voucherów dla przedsiębiorstw |  |
| Podmiot posiada strategię biznesową i/lub plan działań uwzględniający realizację usług doradczych dla MŚP |  |
| Podmiot prowadzi aktywną działalność od minimum 12 miesięcy liczonych od dnia złożenia Formularza ofertowego dla MŚP |  |
| Podmiot posiada potencjał techniczny i kadrowy niezbędny do należytego świadczenia usług |  |
| Podmiot posiada potencjał ekonomiczny niezbędny do należytego świadczenia usługi |  |
| Podmiot posiada doświadczenie w realizacji min. 5 usług doradczych na rzecz MŚP w okresie ostatnich 3 lat licząc od dnia poprzedzającego moment zgłoszenia udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie |  |
| Podmiot zatrudnia na umowę o pracę (min. 1 etat) osobę/osoby, która/e posiada/ją doświadczenie  w realizacji min. 3 usług doradczych na rzecz MŚP oraz co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe w realizacji inicjatyw skierowanych do przedsiębiorców,  i/lub Usługodawca współpracuje z min. 2 osobami, które zrealizowały min. 3 usługi doradcze na rzecz MŚP, które posiadają doświadczenie zawodowe lub kwalifikacje adekwatne do świadczonych usług. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryteria fakultatywne** *(decyduje Zamawiający – M ŚP)* | **Opis potwierdzający spełnienie danego kryterium (wraz z dokumentacją potwierdzającą np.: dokument rejestrowy, statut, referencje, protokoły odbiorcze, umowy, itp. - jeśli dotyczy)** |
| 1. ~~Podmiot prowadzi aktywną działalność  i spełnia definicję Usługodawcy powyżej 12 miesięcy/~~ *~~(podać liczbę)~~* | * ~~12-18 m-cy~~ * ~~19-24 m-cy~~ * ~~powyżej 24 m-cy~~   ***~~\* Załączyć stosowny dokument~~*** |
| 1. ~~Podmiot zatrudnia na umowę o pracę osobę/y, która/e posiada/ją doświadczenie w realizacji więcej niż 3-ch usług doradczych na rzecz MŚP i/lub współpracuje z min. 2 osobami, które zrealizowały powyżej 3 usługi doradcze na rzecz MŚP i posiadają doświadczenie zawodowe lub kwalifikacje adekwatne do świadczonych usług~~ | * ~~nie posiada doświadczenia~~ * ~~posiada doświadczenie\*~~   ~~\*~~***~~Załączyć wykaz osób wraz z wykonanymi przez nie usługami~~*** |
| 1. ~~Podmiot zatrudnia na umowę o pracę osobę/y, która/e posiada/ją doświadczenie w realizacji więcej niż 3-ch usług doradczych tematycznie związanych z przedmiotem zamówienia~~ | * ~~nie posiada doświadczenia~~ * ~~posiada doświadczenie\*~~   ***~~\* Załączyć wykaz osób wraz z wykonanymi przez nie usługami tematycznie związanymi z przedmiotem zamówienia~~*** |
| 1. ~~Podmiot świadczy usługi w zakresie inteligentnych specjalizacji województwa świętokrzyskiego~~ | * ~~nie świadczy usług w zakresie inteligentnych specjalizacji~~ * ~~świadczy usługi w zakresie inteligentnych specjalizacji w zakresie ……….~~ *~~(wskazać specjalizację)~~* |
| 1. **INNE - Podmiot posiada doświadczenie w realizacji usługi doradczej z obszaru Opracowanie strategii marketingowej** **- na rzecz MŚP w ciągu ostatnich 3 lat** | * nie posiada doświadczenia * posiada doświadczenie\*   \****Załączyć stosowne dokumenty*** |
| 1. **Podmiot jest członkiem (partnerem) konsorcjum naukowo-badawczego lub klastra działającego w obszarze rozwoju turystyki medycznej, turystyki typu slow-tourism, turystyki zdrowotnej** | * nie jest członkiem / partnerem * jest członkiem / partnerem\*   \****Załączyć stosowne dokumenty*** |

1. Oświadczam(y), że zapoznałem (zapoznaliśmy) się w sposób wystarczający i konieczny ze szczegółowym zakresem zamówienia zawartym w Zapytaniu Ofertowym oraz wszystkimi informacjami niezbędnymi do zrealizowania zamówienia. Nieznajomość powyższego stanu nie może być przyczyną dodatkowych roszczeń finansowych.
2. Oświadczam, iż spełniam definicję Usługodawcy określoną w Regulaminie udzielania voucherów dla przedsiębiorstw, tj. ***Usługodawca*** *– bez względu na formę prawną, podmiot (instytucja otoczenia biznesu) prowadzący działalność na rzecz rozwoju przedsiębiorczości i innowacyjności, nie działający dla zysku lub przeznaczający zysk na cele statutowe zgodnie z zapisami w statucie lub innym równoważnym dokumencie założycielskim. Posiadający bazę materialną, techniczną i zasoby ludzkie oraz kompetencyjne, niezbędne do świadczenia usług na rzecz sektora MŚP. Do tej kategorii zaliczamy m.in.: agencje rozwoju regionalnego i lokalnego, ośrodki szkoleniowo – doradcze, organizacje reprezentujące przedsiębiorców, instytucje proinnowacyjne działające na rzecz innowacyjności: centra transferu technologii, instytuty i ośrodki badawczo – rozwojowe pełniące rolę centrów oraz ośrodki innowacji i przedsiębiorczości. Ponadto Usługodawcą mogą być uczelnie wyższe.*
3. Oświadczam(y), że posiadam/my niezbędne uprawnienia, doświadczenie oraz potencjał organizacyjny i ekonomiczny do wykonania zmówienia.
4. Oświadczam(y), że sytuacja ekonomiczna i finansowa jest stabilna, aby zapewnić prawidłowe wykonanie przedmiotu zamówienia.
5. Oświadczam, że pomiędzy Podmiotem, który reprezentuję a Zamawiającym nie występują powiązania osobowe ani kapitałowe**.** Przez powiązania kapitałowe lub osobowe, o których mowa powyżej, rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:
6. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
7. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
8. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
9. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia   
   w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

………………………………

(data i podpis Usługodawcy)