**Załącznik nr 1. Formularz do uzupełnienia**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko/ Nazwa Wykonawcy:** |  | |
| **Adres:** |  | |
| **NIP/REGON (jeśli dotyczy):** |  |  |
| **Numer telefonu/fax:** |  | |
| **Adres e-mail:** |  | |

**Do Zamawiający:**

Gmina Annopol/ Ośrodek Pomocy Społecznej w Annopolu, ul. Leśna 2, 23-235 Annopol

W odpowiedzi na Państwa maila z prośbą o oszacowanie wartości **na szkolenia zawodowe przedkładam niniejszą wycenę:**

|  |  |
| --- | --- |
| **USŁUGA** | **Cena netto** |
| Średnia cena netto za przeprowadzenie 1 szkolenia zawodowego |  |
| Łączna średnia cena netto za przeprowadzenie szkoleń dla 20 Uczestników projektu |  |

Podana kwota nie jest wiążąca i nie stanowi ceny w rozumieniu k.c. jest pomocna Zamawiającemu do ustalenia wartości zamówienia i nie obliguje do żadnych prac czy realizacji usług opisanych powyżej.

Jednocześnie oświadczam, że:

1) Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane: „RODO”) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Zamawiającego danych osobowych na potrzeby realizacji niniejszego postępowania do celów związanych z przeprowadzeniem niniejszego postępowania.

Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                             podpis i pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)