**Додаток 2**

**ФОРМА ПОДАЧІ ПРОПОЗИЦІЇ ПОСТАЧАЛЬНИКА ПОСЛУГ[[1]](#footnote-1)**

***(Дана форма повинна надсилатися тільки з офіційною шапкою / на бланку постачальника послуг [[2]](#footnote-2))***

 місце

дата

До: [Вкажіть: ім'я та адресу контактної особи в ПРООН]

Шановні Пані/Панове:

Ми, що нижче підписалися, пропонуємо ПРООН наступні послуги у відповідності з вимогами, вказаними в ЗНП UKR/2017/004 від 7 лютого 2017, і всіма додатками до даного ЗНП, а також із Загальними положеннями та умовами ПРООН:

1. **Кваліфікаційні вимоги до постачальника послуг**

|  |
| --- |
| **Стислий опис компанії/організації**Постачальник послуг повинен описати і пояснити, як і чому він підходить для виконання вимог ПРООН, і вказати таке: |
| Повна назва |  |
| Різ заснування |  |
| Юридичний статус  | Якщо консорціум, піскове підтвердження кодного учасника є необхідним. |
| Юридична адреса |  |
| Поштова адреса |  |
| Банківських рахунок |  |
| Статус платника ПДВ |  |
| Ім’я контактної особи |  |
| Електронна пошта контактної особи |  |
| Телефон контактної особи |  |
| Основні напрямки роботи компанії/організації |  |
| Параметри - опис характеру діяльності підприємства, галузі спеціалізації, ліцензій, сертифікатів, повноважень; | Вкажіть тут |
| Ліцензії на ведення комерційної діяльності - реєстраційні документи, свідоцтво платника податків і т.д. | ЄДРПОУ, Реєстраційний номер платника податків Копії реєстраційних документів та свідоцтва платника податків мають бути прикладені |
| Останній перевірений фінансовий звіт - звіт про фінансові результати та балансова відомість для підтвердження фінансової стабільності, ліквідності, кредитоспроможності і репутації на ринку і т.д.; (за 2014 -2015 роки) | Копії документів мають бути прикладені |
| Результати минулої діяльності за останні 10 років  | Вкажіть список клієнтів, які отримали ті ж послуги, що потрібні ПРООН, вказуючи опис обсяг робіз згідно договору, зазначення терміну і суми контракту, контактні дані рекомендуючих, а також короткий опис попередніх продуктів, розроблених компанією (список);  |
| Сертифікати і норми відповідності  | Вкажіть інформацію про сертифікати якості, реєстрація патентів, сертифікати про екологічної стійкості і т.д (якщо є) |
| Контактна інформація від минулих клієнтів (щонайменше від 3-ох) | Якщо є листи відгуки, прикладіть копії |
| Компанія не знаходиться у Списку 1267/1989 Ради Безпеки ООН, Списку управління закупівель ООН або будь-якому іншому списку неблагонадійності ООН | Так/Ні  |
| Інша інформація |  |

1. **Методологія виконання завдання**

|  |
| --- |
| ***Постачальник послуг повинен описати, яким чином він буде виконувати вимоги ЗП; надати детальний опис основних експлуатаційних характеристик, повідомити про умови звітування і механізми забезпечення якості, які будуть мати місце, а також продемонструвати, що пропонована методологія і запропоновані завдання, розклад реалізації кожного завдання/результат буде відповідати місцевим умовам і контексту роботи.******Має включати в себе:*** 1. ***Лист зацікавленості / пропозиції, в тому числі методики здійснення вибірки;***
2. ***Опис процесів оцінки, кількість співробітників, що планується залучити до дослідження, їхні функції та резюме (СV): Керівника групи / Спеціаліста з фінансів / економіки у галузі охорони здоров'я і Спеціаліста із проведення дослідження;***
3. ***Копії аналітичних звітів (не менше трьох), які були підготовлені раніше, на подібну тематику (дозволено надавати електронну копію замість паперової), бажано англійською мовою***
4. ***Принаймні 3 (три) рекомендаційні листи від міжнародних організацій або агенцій ООН***
 |

1. **Кваліфікація основного персоналу**

***Якщо це необхідно в ЗНП, то постачальник послуг повинен надати наступне:***

***а) Імена та кваліфікацію основного персоналу, який буде надавати послуги, із зазначенням опису ролей основного персоналу (хто Керівник групи, хто допоміжний персонал тощо);***

***б) Резюме, що свідчать про необхідну кваліфікацію;***

***в) Письмове підтвердження від кожного співробітника, що він зможе виконувати свої обов'язки протягом усього часу дії контракту.***

***Як мінімум:***

1. ***Керівник групи / Спеціаліст з фінансів / економіки у галузі охорони здоров'я***
2. ***Спеціаліст із проведення дослідження***
3. ***Інший персонал за необхідності***

**Фінансова пропозиція**

Заявник має подати Фінансову пропозицію в конверті, окремо від іншої частини Заявки на участь, як зазначено в Інструкції для заявників.

Фінансова пропозиція повинна містити деталізований кошторис. Вкажіть окремі цифри по кожній функціональній групі або категорії.

Будь-які витрати, що підлягають компенсації, такі як відрядження та підзвітні витрати, повинні бути зазначені окремо.

У випадку використання обладнання постачальником послуг, Перелік розцінок повинен містити цифри по обох варіантах — як придбання, так і оренди. ПРООН залишає за собою право брати обладнання в оренду чи придбати його через Постачальника.

Форма, наведена на наступних сторінках, надається для використання в якості керівництва при підготовці Фінансової пропозиції. Форма включає в себе окремі витрати, які не обов'язково вимагатимуться чи застосовуватимуться, але наводяться для прикладу.

**А. Кошторис за підсумковими результатами\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Підсумкові результати відповідно до ТЗ** | **Відсоток від Загальної ціни (Вага по відношенню до оплати)**  | **Сума без ПДВ, валюта** | **ПДВ, валюта** | **Сума з ПДВ, валюта** |
| 1 | Кінцевий результат 1 |   |  |  |  |
| 2 | Кінцевий результат 2 |  |  |  |  |
| 3 | Кінцевий результат 3 |  |  |  |  |
| 4 | Кінцевий результат 3 |  |  |  |  |
|  | **Всього** (прохання вказати валюту) | 100% |  |  |  |

*\*Це має бути основою для виплати траншів*

**B. Розбивка за компонентами витрат:**

Заявники повинні надати розбивку витрат по вищенаведених цінах за кожним підсумковим результатом, на основі наступної форми. ПРООН використовуватиме розбивку витрат для оцінки обґрунтованості ціни, а також для розрахунку ціни в тому випадку, коли обидві сторони погодяться додати нові підсумкові результати до обсягу Послуг.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Діяльність / Витрати | Одиниця | Кількість | Вартість одиниці  | Сума без ПДВ | ПДВ | Сума з ПДВ |
| **1** | **Персонал** |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Керівник групи / Спеціаліст з фінансів / економіки у галузі охорони здоров'я | місяць |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Спеціаліст із проведення дослідження | місяць |  |  |  |  |  |
| 1.3 | Інший персонал *(якщо такі є - чітко визначити)* |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **Методологія та інструментів** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **Розробка вартості** |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **Проведення оцінки з основними респондентами** | Інтерв'ю / зустрічі / тощо |  |  |  |  |  |
| **5** | **Резюме доповіді (українська, англійська)** |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **Короткий зміст огляду документації** |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **Підготовка підсумкового аналітичного звіту з результатами дослідження (англійською мовою)** |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **Power point презентація (українська, англійська)** |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **Інші витрати *(якщо такі є - чітко визначити види діяльності / витрати)*** |  |  |  |  |  |  |
|  | **ЗАГАЛОМ** |  |  |  |  |  |  |

 *[* *Ім'я і підпис уповноваженої особи постачальника послуг]*

*[Посада]*

*[Дата]*

1. *Дана форма є основою для постачальника послуг при оформленні пропозиції..*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *Офіційна шапка / бланк повинні містити контактну інформацію: адреси, електронну адресу, номери телефону та факсу - для верифікації* [↑](#footnote-ref-2)