Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**dot. wyboru instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej PPK dla pracowników Urzędu Gminy Duszniki i jednostek podległych**

1. **Dane Wykonawcy:**

nazwa: …………………………………………………………………………………………

siedziba: ………………………………………………………………………………………...

zarejestrowany w ………………………………………………………………………………..

NIP ………………………………….. REGON ………………………………………………..

dane kontaktowe:………………………………………………………………………………..

reprezentowany przez : …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

1. W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia usług w zakresie zarządzania i prowadzenia Pracowniczych Planów Kapitałowych w Urzędzie Gminy Duszniki i jednostkach podległych, składa/ my niniejszą ofertę:
2. **oferujemy następujące warunki finansowe na zarządzanie i prowadzenie PPK**

Kryterium I

1. wynagrodzenie za zarządzenie PPK *( art.49 ust.1 i 2 ustawy o PPK)*

procent wartości aktywów netto funduszu w skali roku

*Kryterium II*

1. wynagrodzenie za osiągnięty wynik *( art.49 ust. 3 ustawy o PPK)*

procent wartości aktywów netto funduszu w skali roku

Kryterium III

1. efektywność w zarządzaniu aktywami

Średnia ważona stopa zwrotu z okresu ostatnich 5 lat, obliczona zgodnie z poniższą tabelą :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Liczba członkóww tyś. na ostatni dzień  | Wartość aktywów w mld zł na ostatni dzień | Stopa zwrotu za poszczególne lata | Skumulowana stopa zwrotu od początku działalności |
| 2019 |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |
| 2017 |  |  |  |  |
| 2016 |  |  |  |  |
| 2015 |  |  |  |  |
| **Średnia ważona stopa zwrotu w okresie 2015- 2019** …………………..…………… |

Kryterium IV

1. w ramach spełnienia kryterium nr IV - oceny eksperckiej informujemy, że

|  |  |
| --- | --- |
| **KRYTERIUM** | **OPIS SPEŁNIANIA KRYTERIUM** |
| *Posiadamy doświadczenie w zarządzaniu funduszami inwestycyjnymi lub funduszami emerytalnymi*  |  |
| *Wartość zarządzanych przez nas aktywów na dzień ………………….. wynosi* |  |
| *Zabezpieczenie środków zgromadzonych na kontach osobistych pracowników na wypadek upadku instytucji finansowej lub przejęcia przez inny podmiot prezentuje się w następujący sposób……* |  |
| *Liczba naszych placówek dostępnych na terenie województwa wielkopolskiego wynosi* |  |
| *Liczba podpisanych przez nas umów o prowadzenie PPK na dzień ……………….. wynosi* |  |

1. wysokość kosztów pokrywanych z funduszu zdefiniowanej daty – waga 30% czyli pozostałe opłaty - art. 50 ustawy o PPK ( jeżeli występują, proszę podać w %
z uwzględnieniem maksymalnej wysokości kosztów obciążających fundusz zdefiniowanej daty oraz maksymalnej wysokości kosztów i opłat obciążających uczestnika PPK, a także wszelkich innych kosztów wynikających z prowadzenia PPK)

1.max. koszty obciążające fundusz:

2. max. koszty obciążające uczestnika PPK:

 3.koszty wynikające z warunków zarządzania środkami:

4.koszty wynikające z warunków dyspozycji składanych przez uczestnika:

6.inne, jakie, jeżeli dotyczą (np. koszty zw. z działalnością funduszu art.50 ustawy o PPK)

5.koszty związane z rezygnacją z uczestnictwa PPK:

Średni procent wszystkich pozostałych opłat (suma % w punktach (1 – 6)/6 …………

OŚWIADCZENIA:

1. Przedmiotowe zamówienie zobowiązuję/emy się wykonać zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym
2. Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z niniejszym zapytaniem ofertowym i nie wnoszę/my do niego żadnych zastrzeżeń
4. W razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego
5. Uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert
6. Przyjmuję/my do wiadomości, że informacje zawarte w niniejszym formularzu ofertowym stanowią informację publiczną w rozumieniu ustawy o dostępie do informacji publicznej i wyrażam/y zgodę na uch udostępnienie w trybie ww. ustawy.
7. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącym integralną część oferty są:
8. ………………………………………………………………………………………
9. ………………………………………………………………………………………
10. ………………………………………………………………………………………
11. ………………………………………………………………………………………
12. ………………………………………………………………………………………
13. ……………………………………………………………………………………………….
14. ……………………………………………………………………………………………….

………………...., dnia …………..r. ………………………………… ( miejscowość) (data) ( podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)