

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć firmowa (jeśli dotyczy) / podpis

**OFERTA WYKONAWCY  
w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **IN\_01/08/2022/W-ON1\_2/MAZ** z dnia **01.08.2022 r.**

Imię i nazwisko lub nazwa firmy (jeśli dotyczy) oraz adres Wykonawcy

.....  
.....

email: .....

NIP (jeśli dotyczy): .....

REGON (jeśli dotyczy): .....

**W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące przygotowania i przeprowadzenia przez wybranego Wykonawcę szkolenia określonego w zapytaniu ofertowym w ramach projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę na przygotowanie i przeprowadzenie następującego szkolenia:  
”Zawodowy kurs masażu I i II stopnia”**

**za następującą cenę za godzinę pracy:**

**Cena [netto] ..... PLN**

**Podatek Vat [jeśli dotyczy] ..... PLN; suma (netto + VAT) ..... PLN**

Specyfikacja dot. usługi zg. z przedmiotem zapytania

1. Oświadczam, że "Program szkolenia" prześlę Zamawiającemu w formie elektronicznej.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/-am informacje konieczne do przygotowania oferty.
3. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

.....  
*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

.....  
miejscowość, data

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

**Oświadczenie w zakresie posiadania wykształcenia kierunkowego lub zbieżnego z zawodem  
"Zawodowy kurs masażu I i II stopnia"**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **IN\_01/08/2022/W-ON1\_2/MAZ** z dnia **01.08.2022** r.

w ramach projektu „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

- Oświadczam, że posiadam wykształcenie kierunkowe w zakresie .....
- Oświadczam, że posiadam wykształcenie kierunkowe w zakresie ....., które jest zbieżne z zawodem będącym przedmiotem usługi szkoleniowej

Ww. informacje dotyczą osoby/osób prowadzących szkolenie będące przedmiotem zamówienia.

.....  
(podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

.....  
miejsowość, data

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

### Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń

Dotyczy zapytania ofertowego nr **IN\_01/08/2022/W-ON1\_2/MAZ z dnia 01.08.2022 r.**

w ramach projektu „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

L.P.	Kryterium	liczba godzin szkoleniowych w okresie 30.07.2019-31.07.2022
1	Doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem zamówienia	
2	w tym liczba godzin szkoleniowych w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem zamówienia prowadzonych dla osób niepełnosprawnych	

Oświadczam, że posiadam ponad 2 letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie:

.....  
Ww. informacje dotyczą osoby/osób prowadzących szkolenie będące przedmiotem zamówienia.

.....  
(podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego

.....  
miejscowość, data

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **IN\_01/08/2022/W-ON1\_2/MAZ z dnia 01.08.2022 r.**

w ramach projektu „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a) .....

**oświadczam, że** Wykonawca nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy