

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

.....
miejsowość, data

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

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

Nr postępowania **IN_01/10/2022/W-ON2_1/MAZ z dnia 18.10.2022 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. II edycja” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę na przygotowanie i przeprowadzenie następującego szkolenia:
„Kadry, płace i ZUS z programem Płatnik od poziomu podstawowego”**

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

.....
miejsowość, data

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Oświadczenie w zakresie posiadania wykształcenia kierunkowego lub zbieżnego z zawodem „Kadry, płace i ZUS z programem Płatnik od poziomu podstawowego”

Dotyczy zapytania ofertowego nr **IN_01/10/2022/W-ON2_1/MAZ z dnia 18.10.2022 r.**

w ramach Projektu „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. II edycja” 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_01/10/2022/W-ON2_1/MAZ z dnia 18.10.2022 r.**

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

| L.P. | Kryterium | liczba godzin szkoleniowych w okresie 18.10.2019-17.10.2022 |
|------|--|---|
| 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

.....
miejsowość, data

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **IN_01/10/2022/W-ON2_1/MAZ z dnia 18.10.2022 r.**

w ramach Projektu „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. II edycja” 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