

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

.....
miejsowość, data

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

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

Nr postępowania **02/07/2023/W-ON2_2/SZ/MAŁ_G** z dnia **14.07.2023 r.**

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

.....
.....

adres e-mail:

NIP (jeśli dotyczy):

REGON (jeśli dotyczy):

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

”Pracownik pomocniczy w handlu i administracji”

za następującą cenę za godzinę pracy:

Cena [netto] PLN

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

Specyfikacja dotycząca usługi zgodnie 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**

“Pracownik pomocniczy w handlu i administracji”

Dotyczy zapytania ofertowego nr **02/07/2023/W-ON2_2/SZ/MAŁ_G** z dnia **14.07.2023 r.**

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

Powyższe 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 **02/07/2023/W-ON2_2/SZ/MAŁ_G** z dnia **14.07.2023 r.**

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

L.P.	Kryterium	liczba godzin szkoleniowych w okresie od 14.07.2021 r. do 13.07.2023 r.
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:

.....
.....

Powyższe 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 **02/07/2023/W-ON2_2/SZ/MAŁ_G** z dnia **14.07.2023 r.**
w ramach Projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. II edycja” współfinansowanego 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

Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego

.....
miejsowość, data

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **02/07/2023/W-ON2_2/SZ/MAŁ_G** z dnia **14.07.2023 r.**
w ramach Projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. II edycja” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**OŚWIADCZENIE O ZAPEWNIANIU
DOSTĘPNOŚCI OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI**

Ja niżej podpisany(a)

oświadczam, że Wykonawca w ramach rzetelnego wykonania warunków zamówienia, zrealizuje szkolenie zawodowe dla Uczestników Projektu zgodnie z art. 6 pkt. 3 oraz art. 7 Ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (tekst jednolity Dz.U. z 2022 roku, poz 2240). Przez rzetelne wykonanie warunków zamówienia rozumie się w szczególności:

- a) przygotowanie materiałów szkoleniowych zgodnie z informacjami o uzyskanych od Zamawiającego o Uczestnikach szkolenia, których nadrzędną zasadą jest dostępność tych materiałów w wersji papierowej, ale także elektronicznej;
- b) dostosowanie prowadzonych zajęć do możliwości przyswajania wiedzy przez Uczestników (zapewnienie elastycznych form wsparcia).

..... dnia

.....
podpis Wykonawcy