

**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

.....  
miejsowość, data

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

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

Nr postępowania **01/08/2023/W-ON2\_2/SZ/PDK z dnia 28.08.2023 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:****

**“Obsługa sklepu internetowego”**

**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" przekażę 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**

**“Obsługa sklepu internetowego”**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **01/08/2023/W-ON2\_2/SZ/PDK z dnia 28.08.2023 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 **01/08/2023/W-ON2\_2/SZ/PDK z dnia 28.08.2023 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 28.08.2021 r. do 27.08.2023 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 **01/08/2023/W-ON2\_2/SZ/PDK z dnia 28.08.2023 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 **01/08/2023/W-ON2\_2/SZ/PDK z dnia 28.08.2023 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