***Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

pieczęć firmowa (jeśli dotyczy) / podpis

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **02/09/2023/W-ON1\_3/SZ/MAŁ\_G z dnia 11.09.2023 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” wspófinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę **na przygotowanie i przeprowadzenie następującego szkolenia:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**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***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane teleadresowe Wykonawcy

**Oświadczenie w zakresie posiadania wykształcenia kierunkowego**

**lub zbieżnego z zawodem**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **02/09/2023/W-ON1\_3/SZ/MAŁ\_G z dnia 11.09.2023 r.**

w ramach Projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” wspófinansowanego 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***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **02/09/2023/W-ON1\_3/SZ/MAŁ\_G z dnia 11.09.2023 r.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Kryterium** | **liczba godzin szkoleniowych w okresie od …………. do …………** |
| 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***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **02/09/2023/W-ON1\_3/SZ/MAŁ\_G z dnia 11.09.2023 r.**

w ramach Projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” wspófinansowanego 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***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **02/09/2023/W-ON1\_3/SZ/MAŁ\_G z dnia 11.09.2023 r.**

w ramach Projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” wspófinansowanego 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 uzyskanymi 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