

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

.....
miejsowość, data

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

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

Nr postępowania **04/05/2024/W-ON3_2** z dnia **13.05.2024** r.

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

.....
.....

adres e-mail:

Nr telefonu:

NIP (jeśli dotyczy):

REGON (jeśli dotyczy):

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące usługi wynajmu sali szkoleniowej celem realizacji warsztatów z umiejętności psychospołecznych/ Treningu Pracy dla Uczestników Projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. III edycja” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę **na wynajem sali szkoleniowej, za następującą cenę za godzinę wynajmu sali:**

Cena [netto] PLN

Podatek Vat [jeśli dotyczy] PLN;

Cena brutto (netto + VAT) PLN

SPECYFIKACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ZGODNIE Z PRZEDMIOTEM ZAPYTANIA:

1. Adres sali:

.....
.....
.....

2. Oświadczam, że sala spełnia następujące wymagania:

- a) sala szkoleniowa znajdująca się w budynku, który jest przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (zgodnie z art. 6 pkt 1 Ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, tekst jednolity Dz.U. z 2022 roku, poz. 2240),
- b) budynek, w którym mieści się sala szkoleniowa powinien być dobrze skomunikowany z pełną dostępnością komunikacji miejskiej,

- c) miejsce sali szkoleniowej: Katowice lub Gliwice,
 - d) Sale dostosowane do organizacji 6 warsztatów dla grupy od 3 do 5 osób w okresie od 06.05.2024 do 31.12.2024. Warsztat dla 1 grupy trwać będzie 12 godzin, tj. 2 dni po 6 godz. W sumie zapytanie obejmuje wynajęcie pomieszczeń przez 72 godzin (tj. 6 warsztatów x 12 godz.). Warsztaty realizowane będą w godzinach 7.00-15.00,
 - e) zapewniająca odpowiedni sprzęt techniczny (flipchart, rzutnik, komputer, stoliki, krzesła) lub dostęp do oprogramowania/aplikacji umożliwiających prowadzenie szkolenia w sposób stacjonarny, 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),
 - f) parametry Sali umożliwiają organizację cateringu na czas trwania warsztatów.
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 teled adresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **04/05/2024/W-ON3_2** z dnia **13.05.2024 r.**
w ramach Projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. III edycja” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH lub KAPITAŁOWYCH

Ja niżej podpisany(a)

oświadczam, że Wykonawca:

NIE JEST POWIĄZANY kapitałowo lub osobowo z 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, w szczególności poprzez:

- 1) uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- 2) posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
- 3) pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 4) pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

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