

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

.....
miejsowość, data

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

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

Nr postępowania **07/05/2024/W-ON3_2** z dnia **29.05.2024** r.

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

.....
adres e-mail:

Nr telefonu kontaktowego:

NIP (jeśli dotyczy):

REGON (jeśli dotyczy):

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące przygotowania i przeprowadzenia szkoleń indywidualnych określonych w zapytaniu ofertowym w ramach Projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. III edycja” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę **na przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń:**

**A. za następującą cenę przeprowadzenia szkolenia dla 1 osoby z:
Wirtualna/y asystent/ka z pakietem office:**

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

B. za następującą cenę przeprowadzenia szkolenia dla 1 osoby z: Bazy danych SQL:

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

**C. za następującą cenę przeprowadzenia szkolenia dla 1 osoby z:
Efektywny marketing z obsługą klienta:**

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

**D. za następującą cenę przeprowadzenia szkolenia dla 1 osoby z:
Specjalista ds. administracyjno-biurowych z pakietem Office (word, excel, power-point, outlook) – poziom podstawowy:**

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

Specyfikacja dotycząca usługi zgodnie z przedmiotem zapytania:

1. Oświadczam, że "Harmonogram i Program szkolenia" przekazę Zamawiającemu w formie elektronicznej po dokonaniu wyboru Wykonawcy.
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. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania dot. realizacji zamówienia wymienione w pkt. 3 zapytania ofertowego.
4. 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 Wykonawcy

**Oświadczenie w zakresie posiadania wykształcenia kierunkowego
lub zbieżnego z zawodem**

.....
Dotyczy zapytania ofertowego nr **07/05/2024/W-ON3_2** z dnia **29.05.2024** r.

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

Oświadczam, że:

1. Szkolenie z tematu: **Wirtualna/y asystent/ka z pakietem office** – przeprowadzi trener:
.....(Imię i Nazwisko),
posiadający wykształcenie kierunkowe w zakresie:
.....,
które jest zbieżne z zawodem będącym przedmiotem usługi szkoleniowej.
2. Szkolenie z tematu: **Bazy danych SQL** – przeprowadzi trener:
.....(Imię i Nazwisko),
posiadający wykształcenie kierunkowe w zakresie:
.....,
które jest zbieżne z zawodem będącym przedmiotem usługi szkoleniowej.
3. Szkolenie z tematu: **Efektywny marketing z obsługą klienta** – przeprowadzi trener:
.....(Imię i Nazwisko),
posiadający wykształcenie kierunkowe w zakresie:
.....,
które jest zbieżne z zawodem będącym przedmiotem usługi szkoleniowej.
4. Szkolenie z tematu: **Specjalista ds. administracyjno-biurowych z pakietem Office (word, excel, power-point, outlook) – poziom podstawowy** – przeprowadzi trener:
.....(Imię i Nazwisko),
posiadający wykształcenie kierunkowe w zakresie:
.....,
które jest zbieżne z zawodem będącym przedmiotem usługi szkoleniowej.

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

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

.....
 miejscowość, data

.....
 Dane Wykonawcy

Wykaz doświadczenia zawodowego

Dotyczy zapytania ofertowego nr **07/05/2024/W-ON3_2** z dnia **29.05.2024 r.**

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

1. Szkolenie: Wirtualna/y asystent/ka z pakietem office:

Trener prowadzący:(Imię i nazwisko)

| L.P. | Kryterium | liczba godzin szkoleniowych w okresie od do |
|------|--|---|
| 1 | Doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem szkolenia | |
| 2 | w tym liczba godzin szkoleniowych w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem zamówienia prowadzonych dla osób niepełnosprawnych | |

Oświadczam, że Trener posiada ponad 2 letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie:

.....

2. Szkolenie: Bazy danych SQL

Trener prowadzący:(Imię i nazwisko)

| L.P. | Kryterium | liczba godzin szkoleniowych w okresie od do |
|------|--|---|
| 1 | Doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem szkolenia | |
| 2 | w tym liczba godzin szkoleniowych w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem zamówienia prowadzonych dla osób niepełnosprawnych | |

Oświadczam, że Trener posiada ponad 2 letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie:

.....

3. Szkolenie: Efektywny marketing z obsługą klienta

Trener prowadzący:(Imię i nazwisko)

| L.P. | Kryterium | liczba godzin szkoleniowych w okresie od do |
|------|--|---|
| 1 | Doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem szkolenia | |
| 2 | w tym liczba godzin szkoleniowych w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem zamówienia prowadzonych dla osób niepełnosprawnych | |

Oświadczam, że Trener posiada ponad 2 letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie:

.....

4. Szkolenie: Specjalista ds. administracyjno-biurowych z pakietem Office (word, excel, power-point, outlook) – poziom podstawowy

Trener prowadzący:(Imię i nazwisko)

| L.P. | Kryterium | liczba godzin szkoleniowych w okresie od do |
|------|--|---|
| 1 | Doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem szkolenia | |
| 2 | w tym liczba godzin szkoleniowych w zakresie prowadzenia szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem zamówienia prowadzonych dla osób niepełnosprawnych | |

Oświadczam, że Trener posiada ponad 2 letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie:

.....

.....

pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego

.....
miejsowość, data

.....
Dane Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **07/05/2024/W-ON3_2** z dnia **29.05.2024 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 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.

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

Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego

.....
miejsowość, data

.....
Dane Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **07/05/2024/W-ON3_2** z dnia **29.05.2024** 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 ZAPEWNIANIU
DOSTĘPNOŚCI OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI**

Ja niżej podpisany(a)

1. **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 rozumiem 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).
2. Sala szkoleniowa będzie zlokalizowana pod adresem:
(dotyczy szkoleń prowadzonych formie stacjonarnej)
3. Wykonawca zapewni, że dostarczy sale szkoleniową i sprzęt techniczny (w tym komputery, flipchart, rzutnik oraz sprzęt właściwy dla każdego rodzaju szkolenia) lub dostęp do oprogramowania/aplikacji umożliwiających prowadzenie szkolenia w sposób stacjonarny lub zdalny, 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).

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