

**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

.....  
miejsowość, data

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

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

Nr postępowania **01/05/2024/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 kontaktowego: .....

NIP (jeśli dotyczy): .....

REGON (jeśli dotyczy): .....

**W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące przygotowania i przeprowadzenia grupowych szkoleń zawodowych 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 za godzinę pracy trenera:**

**Cena [netto] ..... PLN;**

**Podatek Vat [jeśli dotyczy] ..... PLN;**

**Cena brutto (suma netto + VAT) ..... PLN**

**B. za następującą cenę wynajęcia sali szkoleniowej:**

**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" przekażę 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 **01/05/2024/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.

Oświadczam, że:

1. Szkolenie z tematu: **Specjalista ds. marketingu i sprzedaży** – przeprowadzi trener:  
.....(Imię i Nazwisko),  
posiadający wykształcenie kierunkowe w zakresie:  
.....,  
które jest zbieżne z zawodem będącym przedmiotem usługi szkoleniowej.
2. Szkolenie z tematu: **Magazynier z elementami sprzedaży** – przeprowadzi trener:  
.....(Imię i Nazwisko),  
posiadający wykształcenie kierunkowe w zakresie:  
.....,  
które jest zbieżne z zawodem będącym przedmiotem usługi szkoleniowej.
3. Szkolenie z tematu: **Doradca Klienta** – 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**

.....  
miejsowość, data

.....  
Dane Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **01/05/2024/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.

**1. Szkolenie: Specjalista ds. marketingu i sprzedaży:**

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: Magazynier z elementami sprzedaży:**

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:  
.....

**1. Szkolenie: Doradca 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:

.....

.....

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

**Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego**.....  
miejsowość, data.....  
Dane Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **01/05/2024/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 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 **01/05/2024/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 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 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).

2. Sala szkoleniowa będzie zlokalizowana pod adresem: .....

Wykonawca zapewnia, 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*