

**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

.....  
miejsowość, data

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

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

Nr postępowania **01/08/2024/W-ON2\_3/SZ/MAZ z dnia 28.08.2024 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**

Część 1:

**na przygotowanie i przeprowadzenie następującego szkolenia:**

.....

**za następującą cenę za godzinę pracy:**

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

**Podatek Vat [jeśli dotyczy] ..... PLN; suma (netto + VAT) ..... PLN**

Część 2:

**wynajem sali szkoleniowej:**

**za następującą cenę za godzinę pracy:**

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

**Podatek Vat [jeśli dotyczy] ..... PLN; suma (netto + VAT) ..... PLN**

**Oświadczam, że:**

1. Akceptujemy wszystkie warunki zawarte w zapytaniu ofertowym.
2. Otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Przyjmujemy do wiadomości, że zamówienie będzie realizowana w ramach projektu współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
4. Spełniamy warunki udziału w postępowaniu, tj. znajdujemy się w dobrej sytuacji ekonomicznej i finansowej, zapewniającej realizację umowy; dysponujemy potencjałem technicznym niezbędnym do wykonania zamówienia; posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia; nie podlegamy wykluczeniu, tj. nie otwarto wobec nas likwidacji i nie ogłoszono upadłości; posiadamy uprawnienia do wykonania określonej działalności zgodnie z ustawodawstwem kraju, na terenie którego prowadzimy działalność
5. Zgadza się ze wszystkimi wymaganiami niniejszego postępowania.
6. Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym (art. 233 KK).
7. Akceptujemy termin związania ofertą (30 dni od ostatecznego terminu składania ofert).

.....  
*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**

.....  
Dotyczy zapytania ofertowego nr **01/08/2024/W-ON2\_3/SZ/MAZ z dnia 28.08.2024 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 dysponujemy co najmniej 1 osobą posiadającą udokumentowane kompetencje do prowadzenia zajęć w danej tematyce: wykształcenie kierunkowe lub zbieżne z danym zawodem, którego będzie dotyczyć szkolenie,
- Oświadczam, że dysponujemy co najmniej 1 osobą posiadającą doświadczenie zawodowe w pracy szkoleniowca, w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem Zamówienia, tj. min. 100 godzin szkoleniowych lub minimum 2 lata doświadczenia pracy w zawodzie,
- Oświadczam, że dysponujemy co najmniej 1 osobą posiadającą doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością

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 dot. prowadzenia szkoleń**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **01/08/2024/W-ON2\_3/SZ/MAZ z dnia 28.08.2024 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 dysponujemy co najmniej 1 osobą posiadającą doświadczenie zawodowe w pracy szkoleniowca, w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem Zamówienia, tj. min. 100 godzin szkoleniowych lub minimum 2 lata doświadczenia pracy 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 **01/08/2024/W-ON2\_3/SZ/MAZ z dnia 28.08.2024 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 **01/08/2024/W-ON2\_3/SZ/MAZ z dnia 28.08.2024 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

**Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego**

.....  
miejsowość, data

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **01/08/2024/W-ON2\_3/SZ/MAZ z dnia 28.08.2024 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, proponowana oferta na wynajem sali szkoleniowej celem realizacji szkolenia zawodowego spełnia wymogi zgodnie z art. 6 pkt. 1 oraz pkt. 3 a także 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).

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy