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

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

pieczęć firmowa (jeśli dotyczy) / podpis

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **01/12/2024/W-ON3\_2 z dnia 03.12.2024 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 szkolenia indywidualnego określonego w zapytaniu ofertowym** w ramach Projektu pn. „WORK-ON. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. III edycja” wspófinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę **na przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia indywidualnego:**

1. **za następującą cenę przeprowadzenia szkolenia dla 1 osoby z:**

**Kurs masażu klasycznego (I stopnia) (40 godziny):**

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:
4. Znajduję się w dobrej sytuacji ekonomicznej i finansowej, zapewniającej realizację umowy;
5. Dysponuję potencjałem technicznym niezbędnym do wykonania zamówienia;
6. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia:
7. Nie podlegam wykluczeniu, tj. nie otwarto wobec nich likwidacji i nie ogłoszono upadłości
8. Dysponuję osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia
9. Posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności zgodnie z ustawodawstwem kraju, na terenie którego prowadzi działalność,
10. Zgadzamy się ze wszystkimi wymaganiami niniejszego postępowania.
11. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
12. Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym (art. 233 KK).
13. 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***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane Wykonawcy

**Oświadczenie w zakresie posiadania wykształcenia kierunkowego**

**lub zbieżnego z zawodem**

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

Dotyczy zapytania ofertowego nr **01/12/2024/W-ON3\_2 z dnia 03.12.2024 r.**

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

Oświadczam, że:

1. Szkolenie z tematu: **Kurs masażu klasycznego (I stopnia)** – 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 **01/12/2024/W-ON3\_2 z dnia 03.12.2024 r.**

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

1. Szkolenie: **Kurs masażu klasycznego (I stopnia)**

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***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **01/12/2024/W-ON3\_2 z dnia 03.12.2024 r.**

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

 ………………………………………………………….

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

***Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **01/12/2024/W-ON3\_2 z dnia 03.12.2024 r.**

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

1. Sala szkoleniowa będzie zlokalizowana pod adresem: …………………………………………………………
2. 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*