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

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

**Nr postępowania** 03/07/2025/W-ON3\_3 z dnia 23.07.2025 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” wspófinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę**:**

**CZĘŚĆ 1:**

**na: przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia (dla 1 grupy) za następującą cenę pracy trenera:**

* Sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej – 60 godzin:

Cena [netto] …………………..…………… PLN/ 60 godz. szkolenia;

Podatek Vat [jeśli dotyczy] ……..………………. PLN/60 godz. szkolenia;

Cena brutto (suma netto + VAT) …………………… PLN/60 godz. szkolenia

* Magazynier – 60 godzin:

Cena [netto] …………………..…………… PLN/ 60 godz. szkolenia;

Podatek Vat [jeśli dotyczy] ……..………………. PLN/60 godz. szkolenia;

Cena brutto (suma netto + VAT) …………………… PLN/60 godz. szkolenia

**SPECYFIKACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ZGODNIE Z PRZEDMIOTEM ZAPYTANIA:**

**CZĘŚĆ 1:**

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 osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia
6. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia;
7. Posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności zgodnie z ustawodawstwem kraju, na terenie którego prowadzi działalność,
8. Nie podlegam wykluczeniu, tj. nie otwarto wobec nich likwidacji i nie ogłoszono upadłości;
9. Szkolenie zostanie dostosowane do niepełnosprawności Uczestników.
10. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
11. Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym (art. 233 KK).
12. Akceptujemy termin związania ofertą (30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.

 …………………………………………………………………

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

**CZĘŚC 2:**

**wynajem sali szkoleniowej na 120 godzin za następującą cenę:**

Cena [netto] …………………..…………… PLN/ 120 godz.;

Podatek Vat [jeśli dotyczy] ……..………………. PLN/ 120 godz.;

Cena brutto (suma netto + VAT) …………………… PLN/ 120 godz.

**SPECYFIKACJA DOTYCZĄCA USŁUGI ZGODNIE Z PRZEDMIOTEM ZAPYTANIA:**

**CZĘŚĆ 2:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/am informacje konieczne do przygotowania oferty.

**Oświadczam, że:**

1. Znajduję się w dobrej sytuacji ekonomicznej i finansowej, zapewniającej realizację umowy;
2. Dysponują potencjałem technicznym niezbędnym do wykonania zamówienia, tj.:
* 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),
* budynek, w którym mieści się sala szkoleniowa powinien być dobrze skomunikowany z pełną dostępnością komunikacji miejskiej,
* miejsce sali szkoleniowej: Gorlice
* zapewniająca salę i odpowiedni sprzęt techniczny (komputery, flipchart, rzutnik oraz sprzęt umożliwiający przeprowadzenie każdego rodzaju szkolenie) 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),
* parametry sali, które umożliwiają organizację cateringu na czas trwania szkolenia
1. Dysponuję osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia;
3. Posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności zgodnie z ustawodawstwem kraju, na terenie którego prowadzi działalność,
4. Nie podlegam wykluczeniu, tj. nie otwarto wobec nich likwidacji i nie ogłoszono upadłości;
5. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
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 Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

***Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane Wykonawcy

**Oświadczenie w zakresie posiadania wykształcenia kierunkowego**

**lub zbieżnego z zawodem**

# Dotyczy zapytania ofertowego nr 03/07/2025/W-ON3\_3 z dnia 23.07.2025 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: **Sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej**– przeprowadzi trener:

……………………………………………………………………………………….*(Imię i Nazwisko)*

posiadający wykształcenie kierunkowe w zakresie:

.............................................................................................., które jest zbieżne z zawodem będącym przedmiotem usługi szkoleniowej.

1. Szkolenie z tematu: **Magazynier** – przeprowadzi trener:

……………………………………………………………………………………….*(Imię i Nazwisko)*

posiadający wykształcenie kierunkowe w zakresie:

.............................................................................................., które jest zbieżne z zawodem będącym przedmiotem usługi szkoleniowej.

…….……………………………………

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

***Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń**

# Dotyczy zapytania ofertowego nr 03/07/2025/W-ON3\_3 z dnia 23.07.2025 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: Sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej

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: Magazynier

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 Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

***Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane Wykonawcy

# Dotyczy zapytania ofertowego nr 03/07/2025/W-ON3\_3 z dnia 23.07.2025 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/Oferent 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/Oferentem, 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 Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

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

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane teleadresowe Wykonawcy

# Dotyczy zapytania ofertowego nr 03/07/2025/W-ON3\_3 z dnia 23.07.2025 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 DOT. REALIZACJI SZKOLEŃ**

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 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).

 ………………………………………………………….

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

***Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego***

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

 Dane Wykonawcy

# Dotyczy zapytania ofertowego nr 03/07/2025/W-ON3\_3 z dnia 23.07.2025 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 DOT. WYNAJMU SALI**

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), tj.

dysponuje odpowiednią salą dostępną dla osób z niepełnosprawnością i sprzętem technicznym (w tym komputery, flipchart, rzutnik oraz sprzęt właściwy dla każdego rodzaju szkolenia) lub dostępem 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).

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

 ………………………………………………………….

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