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

………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………………………

pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

**Nr postępowania** **01/10/2025/ABS2\_0 z dnia 06.10.2025 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 indywidualnego szkolenia określonego w zapytaniu ofertowym** w ramach Projektu pn. „ABSOLWENT 2.0. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**składam ofertę na:**

**przygotowanie i przeprowadzenie indywidualnego szkolenia za następującą cenę:**

* **Pracownik Socjalny – szkolenie dla 1 osoby– czas trwania: 30 godzin zegarowych**:

Cena [netto] …………………..…………… PLN/ 30 godz. szkolenia;

Podatek Vat [jeśli dotyczy] ……..………………PLN/30 godz. szkolenia;

Cena brutto (suma netto + VAT) ………………PLN/30 godz. szkolenia

**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. Znajduje się w dobrej sytuacji ekonomicznej i finansowej, zapewniającej realizację umowy;
5. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia;
6. Posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności zgodnie z ustawodawstwem kraju, na terenie którego prowadzi działalność, tj. posiadać wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych (RIS) prowadzonego przez Wojewódzki Urząd Pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej.
7. Nie podlegam wykluczeniu, tj. nie otwarto wobec nich likwidacji i nie ogłoszono upadłości;
8. Dysponuje osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi, tj.

* co najmniej 1 osobą posiadającą udokumentowane kompetencje do prowadzenia zajęć w tematyce zgodnej z przedmiotem zamówienia: wykształcenie kierunkowe lub zbieżne z danym zawodem, którego będzie dotyczyć szkolenie,
* 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,

1. Realizacja szkolenia zostanie dostosowana do niepełnosprawności Uczestników, tj. sala, materiały szkoleniowe, zapewnienie elastycznych form wsparcia.
2. Dysponuje potencjałem technicznym niezbędnym do wykonania zamówienia, tj.: salą spełniającą następujące wymagania:

* 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: Katowic
* 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. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
2. Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym (art. 233 KK).
3. 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 01/10/2025/ABS2\_0 z dnia 06.10.2025 r.**

w ramach Projektu pn. „ABSOLWENT 2.0. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” wspófinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że:

1. Szkolenie z tematu: **Pracownik Socjalny -** 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 01/10/2025/ABS2\_0 z dnia 06.10.2025 r.**

w ramach Projektu pn. „ABSOLWENT 2.0. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” wspófinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

1. Szkolenie: **Pracownik Socjalny**

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 01/10/2025/ABS2\_0 z dnia 06.10.2025 r.**

w ramach Projektu pn. „ABSOLWENT 2.0. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” 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 01/10/2025/ABS2\_0 z dnia 06.10.2025 r.**

w ramach Projektu pn. „ABSOLWENT 2.0. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” 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 01/10/2025/ABS2\_0 z dnia 06.10.2025 r.**

w ramach Projektu pn. „ABSOLWENT 2.0. Program kompleksowej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” wspófinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**OŚWIADCZENIE O ZAPEWNIANIU DOSTĘPNOŚCI OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI DOT. 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*