*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 02/11/2020/OP z dnia 03.11.2020 r.*

...................................................

(pieczęć Wykonawcy)

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Dane dotyczące Wykonawcy:

1)Firma (nazwa lub nazwisko) oraz adres Wykonawcy:

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2)REGON ............................................................................................................................

3)NIP ............................................................................................................................

Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego Zapytania ofertowego należy kierować na adres Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nr tel.: ………………………………………………….., e-mail: ………………………………………………………………………………….

Składając Ofertę w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr **02/11/2020/OP z dnia 03.11.2020** na wybór **trenera/ki pracy** oświadczam/oświadczamy, że:

OFERUJĘ/OFERUJEMY wykonanie przedmiotu Zamówienia w zakresie wskazanym w opisie przedmiotu zamówienia:

Łączne Wynagrodzenie brutto za jedną godzinę:

…........................................................................... zł

(słownie złotych: ..........................................................................................................................................)

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.
2. Oświadczam, że termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert.
3. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy
w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
4. Jako osoba fizyczna/prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Fundację Aktywizacja (FA)
z siedzibą przy ul. Chałubińskiego 9/9A 02-004 w Warszawie. Podstawę prawną przetwarzania moich danych stanowi moja zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W - RODO) oraz
w zakresie danych dot. ew. niepełnosprawności art. 9 ust. 2 lit. a) RODO. Dane będą przetwarzane
w celu dopełnienia wszystkich formalności związanych z procedurą wyboru Wykonawcy. Oferty będą archiwizowane przez okres wymagany prawem lub umową projektu, z którego finansowany jest przedmiot postępowania, na co również wyrażam zgodę. Po zakończeniu biegu ww. terminów dane zostaną  usunięte.
5. Ofertę niniejszą składam/y na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

……………………………………….. ………………………………………………………………

 **Miejscowość, data Podpis osoby/osób uprawnionej/ych do**

 **reprezentacji Wykonawcy**

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego **nr 02/11/2020/OP data: 03.11.2020 r.** w ramach projektu
„**Gotowi do zmian II**” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**Życiorys zawodowy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa uczelni; ośrodka szkoleniowego oraz data ukończenia | Uzyskany stopień lub dyplom |
|  |  |
|  |  |

Doświadczenie zawodowe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Miejscowość | Firma | Stanowisko |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Inne informacje:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego w zakresie realizacji działań związanych
ze wspieraniem aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **02/11/2020/OP data: 03.11.2020 r.** w ramach projektu „**Gotowi do zmian II**” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematyka przeprowadzonych szkoleń** | **Liczba godzin****szkoleniowych** | **Liczba uczestników, krótka charakterystyka grupy (w tym uczestnictwo osób niepełnosprawnych)** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…….………………………………

(podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **02/11/2020/OP data: 03.11.2020 r.** (Numer CPV: **98000000-3**) w ramach projektu „**Gotowi do zmian II**” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**oświadczam, że** Wykonawca jest/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 (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

\* niepotrzebne skreślić