*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **20/11/2014/BI , data: 26.11.2014 r.**

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV): 80000000-4 Usługi edukacyjne i szkoleniowe; 80500000-9 Usługi szkoleniowe

Imię i nazwisko lub nazwa firmy (jeśli dotyczy) oraz adres Wykonawcy

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

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

e-mail: ...................................................

NIP: ...................................................

REGON: .................................................

**w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru wykonawcy szkolenia z zakresu przedsiębiorczości z dominującym komponentem: działalność gospodarcza** w ramach projektu pn. „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich małomiasteczkowych” w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytetu I Zatrudnienie i integracja społeczna, w ramach Działania 1.3. Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej, Podziałanie 1.3.6 PFRON - projekty systemowe, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, składam ofertę **na stanowisko trenera/-ki szkolenia za następującą cenę za godzinę pracy:**

**Cena [brutto]\* ………………..…………………………………. PLN**

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

**Specyfikacja dot. usługi/~~towaru~~:**

przygotowanie i przeprowadzenie 90 godzin szkoleniowych dla uczestników/-czek projektu z zakresu przedsiębiorczości z dominującym komponentem: działalność gospodarcza

1. Oświadczam, że "Program szczegółowego szkolenia” wraz z materiałami szkoleniowymi (w formie elektronicznej) przekażę Zamawiającemu
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 termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert.
4. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
5. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

………………………………………………………………………………..

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

\* W przypadku osób nieposiadających przychodu w wysokości co najmniej najniższej krajowej (zg. z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2012 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2013 r. oraz Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 września 2013 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2014 r.) kwota brutto oznacza kwotę z pełnymi składkami społecznymi oraz ubezpieczeniem zdrowotnym.

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego **20/11/2014/BI** w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Życiorys zawodowy**

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

Doświadczenie zawodowe:

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

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

Inne informacje:

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń**

Dotyczy zapytania ofertowego nr **20/11/2014/BI** w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 **20/11/2014/BI** w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/-y ……………………..………………………………………………………………….……………………………………….………,

zamieszkała/-y ………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….., legitymująca/-y się dowodem osobistym nr ….…………………….**,** ubiegając się o zaangażowanie w ramach projektu systemowego pn. „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych’’ realizowanego przez Fundację Aktywizacja w Warszawie oświadczam, że:

1) **jestem/nie jestem\*** zatrudniona/-y na podstawie stosunku pracy w instytucji uczestniczącej w realizacji PO KL /Instytucja Zarządzająca, Instytucja Pośrednicząca, Instytucja Wdrażająca (Instytucja Pośrednicząca II stopnia), Regionalny Ośrodek EFS, Krajowy Ośrodek EFS oraz Krajowa Instytucja Wspomagająca/**\*\***.

**Wymiar zatrudnienia\*\*\* -** …………………….……., zajmowane stanowisko …………………………………………………………

**…**…………………………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………

Nazwa i adres instytucji**\*\*\***………………………………………………………….………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………..………………………………..……………………….….,

W przypadku zaangażowania mnie do realizacji zlecenia, o które się ubiegam nie będzie zachodził konflikt interesów**\*\*\*\*** ani podwójne finansowanie w związku z innymi wykonywanymi przeze mnie zadaniami służbowymi w ramach zatrudnienia w instytucji uczestniczącej w realizacji PO KL.

2) **jestem/nie jestem\*** zaangażowany/ na w innym projekcie finansowanym w ramach PO KL, jak również   
w ramach innych programów NSRO.

**Forma zaangażowania\*\*\***: umowa o pracę w wymiarze ………………………………………..…..……., umowa zlecenie,   
umowa o dzieło, inna forma - ………………………………………………………………………………………………………………..……\*, zajmowane stanowisko …………………………………………………………………………………………………………………..……..……., okres obowiązywania umowy ……………………………………………………, miesięczny wymiar godzin …………………..… .

**Forma zaangażowania\*\*\***: umowa o pracę w wymiarze ………………………………………..…..……., umowa zlecenie,   
umowa o dzieło, inna forma - ………………………………………………………………………………………………………………..……\*, zajmowane stanowisko …………………………………………………………………………………………………………………..……..……., okres obowiązywania umowy ……………………………………………………, miesięczny wymiar godzin …………………..… **Forma zaangażowania\*\*\***: umowa o pracę w wymiarze ………………………………………..…..……., umowa zlecenie,   
umowa o dzieło, inna forma - ………………………………………………………………………………………………………………..……\*, zajmowane stanowisko …………………………………………………………………………………………………………………..……..……., okres obowiązywania umowy ……………………………………………………, miesięczny wymiar godzin …………………..…

3) w przypadku zaangażowania mnie do realizacji zlecenia, o które się ubiegam obciążenie wynikające  
z zaangażowania w realizację zadań w więcej niż jednym projekcie nie będzie wykluczało możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich powierzonych mi zadań oraz:

1. moje łączne zaangażowanie zawodowe\*\*\*\*\* w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w szczególności środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów, nie przekroczy 240 godzin miesięcznie;
2. będę prowadzić ewidencję godzin i zadań realizowanych w ramach wszystkich projektów NSRO,  
   z wyłączeniem przypadku gdy praca w ramach kilku projektów wykonywana jest  
   na podstawie jednego stosunku pracy lub zadania są realizowane na podstawie umów,  
   w wyniku których następuje wykonanie oznaczonego dzieła, np. raportu z badania  
   lub ekspertyzy;
3. będę przekazywać Zleceniodawcy ewidencję, o której mowa w pkt. b, w odniesieniu do okresu wykonywania zadań w ramach projektu Zleceniodawcy, na warunkach określonych  
   w umowie cywilno-prawnej.

Powyższe warunki dotyczące zatrudniania/angażowania personelu do projektu wynikają z Wytycznych  
w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach PO KL oraz Zasad finansowania PO KL.

…………..……………………………

(data i czytelny podpis)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* należy podkreślić właściwą instytucję, jeżeli dotyczy

\*\*\* jeżeli dotyczy

\*\*\*\*konflikt interesów jest rozumiany jako naruszenie zasady bezinteresowności i bezstronności, tj. w szczególności: przyjmowanie jakiejkolwiek formy zapłaty za wykonywanie zadań mających związek lub kolidujących ze stanowiskiem służbowym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub zajęcia zarobkowego mogącego mieć negatywny wpływ na bezstronność prowadzenia spraw służbowych

\*\*\*\*\*powyższe dotyczy wszelkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności w ramach stosunku pracy, stosunku cywilnoprawnego i samozatrudnienia, zaangażowania w ramach prowadzenia własnej działalności gospodarczej i innych

*Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **20/11/2014/BI** w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**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

*Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego*

Program ogólny

Szkolenie z przedsiębiorczości, z dominującym komponentem: działalność gospodarcza

**Nazwa formy kształcenia**

Szkolenie przeznaczone jest dla osób zainteresowanych przedsiębiorczością i założeniem działalności gospodarczej oraz chcących zdobyć lub poszerzyć wiedzę i umiejętności w tym zakresie.

**Czas trwania, sposób realizacji**

1. Czas trwania kursu: 90 godzin (w tym szkolenie grupowe i indywidualna praca trenera   
   z Uczestnikami/-czkami Projektu).
2. Sposób realizacji: zajęcia teoretyczne (wykłady, prezentacje), zajęcia praktyczne (ćwiczenia) oraz przygotowanie biznesplanu - indywidualna praca z Uczestnikiem/-czką Projektu.

**Wymagania wstępne, sylwetka Uczestnika/-czki Projektu**

1. Informacja wynikająca z badania potrzeb szkoleniowych zawarta w Indywidualnym Planie Działania.
2. Opinia Mentora/-ki o Uczestniku/-czce Projektu.
3. Potrzeby szkoleniowe określone w Formularzu przedsiębiorczości.
4. Pomysł na założenie działalności gospodarczej, motywacja i zaangażowanie, dostosowanie profilu działalności do lokalnego rynku, umiejętności i zasoby (doświadczenia, kwalifikacje, posiadane zasoby np. narzędzia, lokal, ziemia).

**Cele kształcenia**

1. Podniesienie motywacji osób szkolonych do rozpoczęcia działalności gospodarczej (w tym rozpoznania indywidualnego potencjału w tym zakresie) i pobudzanie ich do podejmowania kreatywnych rozwiązań w obszarze przedsiębiorczości.
2. Nabycie przez osoby szkolone umiejętności praktycznych związanych z rejestrowaniem   
   i prowadzeniem działalności gospodarczej, w tym umiejętności przygotowania dobrego, realistycznego biznesplanu.

**Plan nauczania**

|  |  |
| --- | --- |
| **Temat** | **Liczba godzin** |
| Moduł I - Przedsiębiorczość | 5 |
| Moduł II - Zakładanie i prowadzenie działalności gospodarczej | 50 |
| Moduł III – Indywidualna praca z Uczestnikami/-czkami Projektu – przygotowanie biznesplanu | 35 |
| **Razem** | **90** |

**Treści kształcenia**

**Moduł I – Przedsiębiorczość**

1. Umiejętności i predyspozycje przedsiębiorcy – określenie, kształtowanie, rozwój.

**Moduł II – Zakładanie i prowadzenie działalności gospodarczej**

1. Podstawy prawne prowadzenia działalności gospodarczej.
2. Działalność gospodarcza i jej podmiotowy charakter.
3. Ograniczenia działalności gospodarczej.
4. Pomysł na własną działalność gospodarczą.
5. Pozyskanie kapitału niezbędnego do uruchomienia przedsiębiorstwa.
6. Wybór formy organizacyjno-prawnej prowadzenia działalności gospodarczej.
7. Rejestracja działalności gospodarczej.
8. Wybór formy opodatkowania.
9. Podatek VAT.
10. Zatrudnianie.
11. Biznesplan własnej firmy.

**Moduł III – Indywidualna praca z Uczestnikiem/-czką Projektu**

1. Indywidualna praca z Uczestnikiem/-czką Projektu – przygotowanie i omówienie biznesplanu.

**Literatura zalecana i pomoce naukowe**

1. Materiały szkoleniowe przygotowane przez Trenera/-kę przedsiębiorczości.

**Warunki zaliczenia szkolenia**

1. Szkolenie kończy się sprawdzianem kompetencji i umiejętności z zakresu tematyki szkolenia   
   – testem wiedzy i/lub zadaniem kontrolnym.
2. Warunkiem zaliczenia szkolenia jest zdobycie ze sprawdzianu minimum 70% możliwych  
   do zdobycia punktów (ocena dotyczy testu wiedzy i/lub zadania kontrolnego).
3. Do sprawdzianu zostaje dopuszczona osoba, która w czasie trwania szkolenia spełniła następujące warunki:

* frekwencja minimum 80%;
* systematyczna i rzetelna praca w czasie zajęć;
* odrabianie prac domowych i przygotowywanie się do zajęć.

1. Po zaliczeniu szkolenia osoba kończąca go dostaje „Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia”.
2. Jeśli osoba nie uzyska zaliczenia, możliwa jest poprawa sprawdzianu w terminie 30 dni  
   od zakończenia zajęć (dopuszcza się formę zdalną sprawdzianu). Jeżeli w drugim terminie osoba także nie uzyska zaliczenia, dostaje „Zaświadczenie o uczestnictwie w szkoleniu”.
3. Warunkiem otrzymania „Zaświadczenia o uczestnictwie w szkoleniu” jest frekwencja między 50 %   
   a 80 %.

**Dodatkowe wytyczne dla szkolenia**

1. Program ogólny szkolenia jest programem ramowym. Trener/-ka przedsiębiorczości przygotowuje Program szczegółowy szkolenia w oparciu o Program ogólny.

*Załącznik nr 7 do zapytania ofertowego*

Wzór Programu szczegółowego szkolenia wraz z materiałami szkoleniowymi (Wersja 1.1)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko szkoleniowca |  |
| Miejsce szkolenia – nazwa i adres  e-Centrum |  |
| Nazwa szkolenia |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Okres realizacji szkolenia[[1]](#footnote-1) | Od   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 4 |   Do   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 4 | | |
| Sposób realizacji[[2]](#footnote-2) |  | |
| Sylwetka Uczestnika/czki szkolenia[[3]](#footnote-3) |  | |
| Cele szkolenia |  | |
| **Plan nauczania** | | |
| Temat | Liczba godzin | Omawiane zagadnienia/treści w ramach tematu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Suma: |  |
| Sposób sprawdzenia wiedzy Uczestników/czek szkolenia |  | |
| Wykaz literatury i materiałów dydaktycznych |  | |
| Materiały szkoleniowe[[4]](#footnote-4) – wykaz | 1.  2.  3. | |
| Data i podpis szkoleniowca |  | |

1. Uzupełnia Specjalista/ka ds. szkoleń [↑](#footnote-ref-1)
2. Na podstawie Programu ogólnego szkolenia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Na podstawie Programu ogólnego szkolenia. [↑](#footnote-ref-3)
4. Załączniki do Programu szczegółowego. [↑](#footnote-ref-4)