*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania ………………………………… data…………………………………………….

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV):

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

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

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

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

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

**w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru** (rodzaj usługi/usługodawcy/dostawcy towaru/etc.)**:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

w ramach projektu pn. „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich
i 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:**

Stanowisko trenera/-ki szkolenia ……………………………, w wymiarze od 40 do nie więcej niż 200 h miesięcznie w okresie realizacji projektu tj. od dnia podpisania umowy maksymalnie do dnia 31.03.2015r.

1. Oświadczam, że "Program szczegółowego szkolenia” wraz z materiałami szkoleniowymi (w formie elektronicznej) przekażę Zamawiającemu na prawach licencji Creative commons.
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 nr ……………………………………………. 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 ……………………………………………. 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 ……………………………………………. 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. łączne zaangażowanie w realizację zadań we wszystkich projektach NSRO 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.

*Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr ……………………………………………. 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