*Załącznik nr 1*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa/dane teleadresowe

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **37/05/2014/BG, data: 13.05.2014 r.**

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV: 80000000-4 ; 80500000-9; 80533100-0; 80533000-9; 80533200-1)

1. Nazwa (firma) oraz adres, dane telefoniczne Wykonawcy.

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

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

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

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

Numer rachunku bankowego: ................................................

**w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru** (rodzaj ~~usługi~~/usługodawcy/~~dostawcy towaru/ect.)~~**~~:~~ trenera do przeprowadzenia szkolenia informatycznego podstawowego** wramach projektu pn. „Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych Oddziały Bydgoszcz i Łódź” dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych składam ofertę za następującą **cenę brutto za 1 godzinę szkolenia**:

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

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

**Specyfikacja dot. usługi/~~towaru~~ (opis lub załącznik).**

Szkolenie informatyczne podstawowe **„Podstawy obsługi komputera i Internetu poziom I”** na bazie systemu operacyjnego MS Windows i programów MS Office i Internet Explorer w wymiarze 52 h lekcyjnych, obejmujące zagadnienia związane z: ogólną wiedzą na temat obsługi komputera oraz obsługa systemu operacyjnego na przykładzie MS Windows , edycją tekstów na przykładzie programu Microsoft Word oraz podstawami obsługi Internetu i poczty elektronicznej.

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

3. Oświadczam(y), że termin związania z ofertą wynosi 14 dni kalendarzowych od dnia otwarcia ofert.

4. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

5. Ofertę niniejszą składamy na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

6. Do niniejszego formularza są załączone i stanowią integralną część niniejszej oferty, następujące dokumenty:

1. …………………………………………..
2. …………………………………………..

………………………………………………………………………………..

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*Załącznik nr 2*

**Życiorys zawodowy**

1. Nazwisko:
2. Imię:
3. Data urodzenia:
4. Narodowość:
5. Wykształcenie:

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

1. Języki obce: (od 1 do 5 (5 = bardzo dobrze; 1 = słabo))

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Język | Czytanie | Mowa | Pismo |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Inne umiejętności:
2. Doświadczenie zawodowe, w tym związane z przeprowadzeniem kursów zawodowych:

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

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

1. Inne informacje:

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

*Załącznik nr 3*

…………….…………………, dnia ………………

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń**

dot. postępowania nr 37/05/2014/BG, data: 13.05.2014 r. (Kod CPV: 80000000-4 ; 80500000-9; 80533100-0; 80533000-9; 80533200-1) w ramach projektu **„Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych – Oddziały Bydgoszcz i Łódź”** dofinansowanego 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*

…………….…………………, dnia ………………

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

Dane teleadresowe Wykonawcy

dot. postępowania nr 37/05/2014/BG, data: 13.05.2014 r. (Kod CPV: 80000000-4 ; 80500000-9; 80533100-0; 80533000-9; 80533200-1) w ramach projektu **„Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych – Oddziały Bydgoszcz i Łódź”** dofinansowanego 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