*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania 27/08/2014/PO z dnia 18.08.2014 r.

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV): 80000000-4, 80500000-9, 80530000-8

1. Imię i nazwisko oraz adres Wykonawcy

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

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

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

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

**w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru** (~~rodzaj usługi~~/usługodawcy/~~dostawcy towaru/etc~~.)**: trenera/-ki szkolenia „Profesjonalny pracownik administracyjno – biurowy”**  (zg. z zapytaniem ofertowym)w ramach projektu pn. „Profesjonalni Niepełnosprawni” w ramach dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **składam ofertę na stanowisko trenera/-ki szkolenia za następującą cenę za godzinę pracy**:

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

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

W cenę nie wlicza się przejazdów, wyżywienia i noclegów.

**Specyfikacja dot. usługi/towaru:**

Stanowisko trenera/-ki szkolenia „Profesjonalny pracownik administracyjno – biurowy”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 27/08/2014/PO z dnia 18.08.2014 r. w ramach projektu pn. „Profesjonalni Niepełnosprawni” dofinansowanego 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 |
|  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 27/08/2014/PO z dnia 18.08.2014 r. w ramach projektu pn. „Profesjonalni Niepełnosprawni” 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 do zapytania ofertowego*

………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego 27/08/2014/PO z dnia 18.08.2014 r. w ramach projektu pn. „Profesjonalni Niepełnosprawni” 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

\* niepotrzebne skreślić