*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania **39/09/2014/PO** data **29.09.2014r.**

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 zawodowego pn.:**nazwie **„Opiekun/Opiekunka osoby starszej z elementami medyczno-opiekuńczego języka niemieckiego – szkolenie podstawowe”** w ramach projektu „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 przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia zawodowego** nazwie **„Opiekun/Opiekunka osoby starszej z elementami medyczno-opiekuńczego języka niemieckiego – szkolenie podstawowe”**za następującą cenę:

**Cena [brutto]\* za 1 godz. szkolenia** …………………..… **PLN**

**Cena [netto] za 1 godz. szkolenia** …………………..… **PLN**

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

przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia dla uczestników/-czek projektu z zakresu nazwie „Opiekun/Opiekunka osoby starszej z elementami medyczno-opiekuńczego języka niemieckiego – szkolenie podstawowe” w wymiarze 60 h w terminie określonym przez Zamawiającego 20.10-15.11.2014r.

Wszystkie koszty związane z realizacją Przedmiotu zamówienia, w tym koszt przejazdów na/z miejsce/a szkolenia, ew. noclegów oraz wyżywienia, ponosi Wykonawca.

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 mojej 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 **39/09/2014/PO** 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 **39/09/2014/PO** 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 **39/09/2014/PO** 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 lub projektach finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz w działania finansowane z innych źródeł, w szczególności środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów:

**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 …………………..…

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 Beneficjentowi ewidencję, o której mowa w pkt. b, w odniesieniu do okresu wykonywania zadań w ramach projektu Beneficjenta, na warunkach określonych  
   w umowie cywilnoprawnej.

Powyższe warunki dotyczące zatrudniania/angażowania personelu do projektu wynikają z obowiązujących *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 sprawy prowadzone w ramach obowiązków służbowych, prowadzenie szkoleń, o ile mogłoby to 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

*Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego*

…………………….……………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **39/09/2014/PO** (Kod CPV 80000000-4, 80500000-9) 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 zawodowe wewnętrzne „Opiekun/Opiekunka osoby starszej z elementami medyczno-opiekuńczego języka niemieckiego – szkolenie podstawowe”.

# Nazwa formy kształcenia

Szkolenie przeznaczone jest dla osób zainteresowanych przygotowaniem teoretycznym oraz podjęciem zatrudnienia polegającego na świadczeniu usług  w zakresie opieki nad ludźmi starszymi (a także dodatkowo: osobami niepełnosprawnymi oraz chorymi). Dodatkowo szkolenie to ma na celu przyswojenie podstawowej wiedzy i słownictwa medyczno-opiekuńczego w zakresie języka niemieckiego.

# Czas trwania, sposób realizacji

1. Czas trwania kursu: 60 godzin - 10 spotkań x 6 godzin dydaktycznych (60 godzin).
2. Sposób realizacji: zajęcia teoretyczne z elementami języka niemieckiego (wykłady, prezentacje), zajęcia praktyczne (ćwiczenia).

# Wymagania wstępne, sylwetka Uczestnika/-czki Projektu

1. Informacja wynikająca z badania potrzeb szkoleniowych zawarta w Indywidualnym Planie działania.
2. Predyspozycje psychofizyczne do wykonywania zawodu.
3. Predyspozycje, zainteresowania lub doświadczenie zawodowe z zakresu opieki osób starszych.
4. Predyspozycje językowe.
5. Kurs przeznaczony jest dla Uczestników/-czek Projektu poszukujących zatrudnienia  
   na stanowisku opiekuna/opiekunki osób starszych.

# Program szkolenia

|  |  |
| --- | --- |
| **Temat** | **Liczba godzin** |
| Moduł I – Rola i zadania opiekuna osób starszych | 8 |
| Moduł II – Anatomia i fizjologia | 12 |
| Moduł III – Choroby wieku podeszłego | 15 |
| Moduł IV – Zabiegi pielęgnacyjne i higiena chorego | 15 |
| Moduł V – Zasady żywienia i rodzaje diet | 10 |
| **Razem** | **60** |

# Treści kształcenia

**Moduł I – Rola i zadania opiekuna osób starszych**

1. Formy opieki i pomocy ludziom starszym.
2. Sylwetka zawodowa opiekuna.
3. Radzenie sobie opiekuna ze stresem oraz sytuacjami trudnymi i konfliktowymi.
4. Opieka nad umierającymi i towarzyszenie śmierci.
5. Komunikacja z podopiecznymi i ich rodzinami.

**Moduł II – Anatomia i fizjologia**

1. Fizjologiczne i psychologiczne aspekty procesu starzenia się
2. Objawy charakterystyczne dla schorzeń poszczególnych układów.
3. Obserwacja chorego
4. Pomiar i analiza podstawowych parametrów życiowych

**Moduł III – Choroby wieku podeszłego**

1. Pierwsza pomoc przedmedyczna w gerontologii i geriatrii.
2. Nadciśnienie tętnicze i choroby krążenia
3. Osteoporoza - choroby zwyrodnieniowe kości i stawów
4. Zaburzenia pamięci choroba Alzheimera
5. Inne choroby: choroba Parkinsona, demencja, cukrzyca.

**Moduł IV – Zabiegi pielęgnacyjne i higiena chorego**

1. Higiena osobista i otoczenia.
2. Metody i techniki wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.

- przystosowanie łóżka do stanu ogólnego osoby starszej,  
- zasady mycia ciała,  
- higiena intymnych części ciała,  
- pielęgnacja stóp i paznokci,  
- zasady wykonania kąpieli w wannie lub pod natryskiem,  
- pielęgnacja jamy ustnej,  
- zapobieganie odleżynom, pielęgnacja odleżyn.

1. Zapobieganie powikłaniom długotrwałego unieruchomienia osób chorych, starszych, niepełnosprawnych.
2. Podstawy rehabilitacji podopiecznych.

**Moduł V – Zasady żywienia i rodzaje diet**

1. Niedożywienie i metody dożywienia
2. Zasady prawidłowego żywienia z wyeksponowaniem roli składników pokarmowych istotnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu osób w podeszłym wieku.
3. Dieta lekkostrawna dla osób z miażdżycą i chorobą niedokrwienną serca
4. Dieta o niskim indeksie glikemicznym dla osób z cukrzycą typu II i otyłością
5. Dieta przeciwnowotworowa
6. Wybrane zagadnienia z farmakoterapii.

# Literatura zalecana i pomoce naukowe

1. Materiały szkoleniowe przygotowane przez Trenera/-kę szkolenia

# 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. Osadzenie tematyki kursu w kontekście aktywizacji zawodowej Uczestnika/Uczestniczki Projektu.
2. Program ogólny szkolenia jest programem ramowym. Trener/-ka szkolenia zawodowego przygotowuje Program szczegółowy szkolenia w oparciu o Program ogólny.

*Załącznik nr 7 do zapytania ofertowego*

**Program szczegółowy szkolenia wraz z materiałami szkoleniowymi *(wzór)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko szkoleniowca |  | |
| Miejsce szkolenia |  | |
| Nazwa szkolenia |  | |
| Okres realizacji szkolenia[[1]](#footnote-1) | Od   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 | 4 |   Do   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | 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)