Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności**

Nr postępowania 16/04/2014 r. data 10.04.2014 r.

Dotyczy zapytania ofertowego nr 16/04/2014 (Kody CPV: 80000000-4 Usługi edukacyjne i szkoleniowe 80500000-9 Usługi szkoleniowe)

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

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

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

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

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

**w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące wyboru Wykonawcy** 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 przeprowadzenie szkolenia zawodowego pt.: „Pracownik administracji samorządowej - administracja samorządowa w pomocy społecznej” oferując kwotę za godzinę pracy:

**Cena na godzinę pracy [brutto[[1]](#footnote-1)]**…………………..……… **PLN**

**Cena na godzinę pracy [netto]** …………………….……. **PLN**

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 otwarcia ofert.

1. W przypadku uznania niniejszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
2. W przypadku udzielenia mi zamówienia zobowiązuję się do realizacji usługi w terminie i ilości określonej przez Zamawiającego.
3. Zapoznałem/-am się w sposób wystarczający i konieczny ze szczegółowym zakresem zamówienia zawartym w zapytaniu oraz wszystkimi informacjami niezbędnymi do zrealizowania zamówienia, a nieznajomość powyższego stanu nie może być przyczyną dodatkowych roszczeń finansowych.
4. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.
5. Do niniejszego formularza są załączone i stanowią integralną część niniejszej oferty, następujące dokumenty:

8.1. pełnomocnictwo (o ile ofertę składa pełnomocnik) - jeśli dotyczy,

8.2. specyfikacja dot. usługi/towaru - jeśli dotyczy,

8.3. aktualne (nie starcze niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert) odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej poświadczony za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy,

8.4. dokumentacja fotograficzna przedstawiająca dostosowanie obiektu do pobytu osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,

8.5. minimum 2 rekomendacje potwierdzające wykonanie usług w podobnym zakresie.

………………………………………………………………………………..

pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 16/04/2014 (Kody CPV: 80000000-4 Usługi edukacyjne i szkoleniowe 80500000-9 Usługi szkoleniowe) 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 ……………………………..

……………………………………………………..

\*(niepotrzebne skreślić) podpis Wykonawcy

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 16/04/2014 Dotyczy zapytania ofertowego nr 16/04/2014 (Kody CPV: 80000000-4 Usługi edukacyjne i szkoleniowe 80500000-9 Usługi szkoleniowe) w ramach projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTEPOWANIU**

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**oświadczam, że** Wykonawca spełnia / nie spełnia\* wszystkie warunki udziału w postepowaniu w zakresie:

## dostosowania pomieszczeń do osób niepełnosprawnych oraz posiadania sali dydaktycznej spełniających wymagania Zamawiającego;

## akceptuję bez zastrzeżeń zadania po stronie Wykonawcy szczegółowo opisane w punkcie 4 niniejszego zapytania ofertowego

## posiadam doświadczenie oraz uprawnienia do świadczenia usług dla osób niepełnosprawnych, grup zorganizowanych, szkoleń, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;

## dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz zasobami umożliwiającymi wykonanie zamówienia;

## znajduję się w sytuacji finansowej i ekonomicznej, zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

\*(niepotrzebne skreślić) podpis Wykonawcy

*Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 67/11/2013 (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

**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 5 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego w zakresie prowadzenia szkoleń**

Dotyczy zapytania ofertowego nr 67/11/2013 (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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematyka przeprowadzonych szkoleń** | **Liczba godzin szkoleniowych** | **Liczba uczestników, krótka charakterystyka grupy (w tym uczestnictwo osób niepełnosprawnych: T/N)** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

……………….………………………………

(podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego*

Program ogólny

**„Pracownik administracji samorządowej - administracja samorządowa w pomocy społecznej”**

# Opis szkolenia

Szkolenie „Pracownik administracji samorządowej – administracja samorządowa w pomocy społecznej” przeznaczone jest dla osób zainteresowanych podniesieniem kompetencji w zakresie funkcjonowania administracji samorządowej. Uczestnicy/ki biorący/e udział w szkoleniu, oprócz ogólnej wiedzy z zakresu działania administracji samorządowej, zdobędą wiadomości z zakresu funkcjonowania jednostek pomocy społecznej.

Czas trwania oraz sposób realizacji

1. Szkolenie będzie trwało 60 godzin, na które składa się realizacja pięciu modułów tematycznych.
2. Sposób realizacji szkolenia: 10 spotkań x 6 godzin dydaktycznych (60 godzin).
3. Metodyka zajęć: zajęcia teoretyczne (wykłady) oraz praktyczne (ćwiczenia).

# 2. Wymagania wstępne, sylwetka Uczestnika/-czki Projektu

1. Uwzględnienie potrzeby szkoleniowej w Indywidualnym Planie Działania.
2. Predyspozycje, zainteresowania lub doświadczenie zawodowe z zakresu działalności administracyjnej oraz odpowiedni poziom wykształcenia umożliwiający podjęcie zatrudnienia w administracji samorządowej.
3. Kurs przeznaczony jest dla Uczestników/-czek Projektu poszukujących zatrudnienia na stanowisku pracownika administracji samorządowej w dziedzinie pomocy społecznej

# 3. Program szkolenia

Szkolenie składa się z następujących modułów tematycznych:

**Moduł ogólny „Profesjonalny pracownik administracji samorządowej” (40 godzin):**

1. Aspekty prawne funkcjonowania administracji samorządowej (Kodeks postępowania administracyjnego, Ustawa o samorządzie gminnym, Ustawa o samorządzie powiatowym, Ustawa o samorządzie wojewódzkim, Ustawa o pracownikach samorządowych).
2. Zarządzanie biurem/kancelarią w oparciu o Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (zawiera wzór instrukcji kancelaryjnej)
3. Obsługa biura/sekretariatu
4. Sporządzanie pism (w tym zastosowanie profesjonalnych funkcji edytora tekstu)
5. Zarządzanie dokumentacją (rejestracja, przepływ, archiwizacja)
6. Obsługa klienta
7. Ochrona danych osobowych w JST

**Moduł specjalistyczny „Administracja samorządowa w pomocy społecznej” (20h)**

1. Aspekty prawne w funkcjonowaniu administracji w pomocy społecznej (Ustawa o Pomocy Społecznej, Ustawa o Świadczeniach Rodzinnych, Ustawa o funduszu Alimentacyjnym)
2. Podstawy prawne regulujące działanie jednostek pomocy społecznej
3. Współpraca Jednostek Pomocy Społecznej z innymi Instytucjami.

# Plan nauczania

|  |  |
| --- | --- |
| **Tematy** | **Godziny** |
| Profesjonalny pracownik administracyjny – moduł ogólny | 40 |
| Administracja samorządowa w pomocy społecznej | 20 |
| **Razem** | **60** |

# Cel kształcenia

Cel ogólny

Celem ogólnym szkolenia jest nabycie wiedzy i umiejętności z zakresu funkcjonowania administracji samorządowej.

Cel szczegółowy

Uczestnik szkolenia zapozna się z zasadami panującymi w jednostkach administracji samorządowej a szczególnie w Ośrodkach Pomocy Społecznej.

1. Warunki zaliczenia kursu
2. Szkolenie kończy się sprawdzianem kompetencji i umiejętności z zakresu tematyki szkolenia – testem wiedzy i/lub zadaniem kontrolnym.
3. Warunkiem zaliczenia szkolenia jest zdobycie ze sprawdzianu minimum 70% możliwych  
   do zdobycia punktów (ocena dotyczy testu wiedzy i/lub zadania kontrolnego).
4. 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 %.
4. Dodatkowe wytyczne dla szkolenia
5. Osadzenie tematyki kursu w kontekście aktywizacji zawodowej Uczestnika/Uczestniczki Projektu.
6. Uwzględnienie aspektów aktywizacji zawodowej w praktyce (podczas przygotowania ćwiczeń   
   i zadań).

*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)

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)