**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr 10/ZO/RPSL.07.01.03-24-050F/16**

……………………………….………………..…………………… ……….…………………………..

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Do:** Centrum Szkoleniowo - Doradcze STANISŁAW BEDNARZ

**Adres korespondencyjny:** ul. Darwina 17, 43-603 Jaworzno

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe **nr 10/ZO/RPSL.07.01.03-24-050F/16** dotyczące wyboru Wykonawcy świadczącego **usługę szkolenia wraz z egzaminem** w ramach projektu pt. **„Nowy start!”** nr **RPSL.07.01.03-24-050F/16** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa: VII. Regionalny rynek pracy; Działanie: 7.1 Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu, poddziałanie: 7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia; zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu, oświadczam, że:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia za cenę:

| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa (PLN brutto)** | **Wartość ogółem  (PLN brutto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Usługa szkolenia z zakresu **„Rejestratorka medyczna z administracją biurową”** wraz z egzaminem potwierdzającym nabyte kwalifikacje | osoba | **15** |  |  |
| **Wartość zamówienia (PLN brutto)** | | | | |  |

1. Całkowita wartość brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oferuję możliwość rozpoczęcia usługi w następującym terminie:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Deklarowany termin na rozpoczęcie szkolenia od momentu otrzymania listy osób skierowanych na szkolenie**[[1]](#footnote-1) |
| Szkolenie **„Rejestratorka medyczna z administracją biurową”** | ………………………. dni |

1. Zobowiązuje się do **pozostawania w okresie realizacji przedmiotu zamówienia w pełnej dyspozycyjności Zamawiającego** rozumiane jako:
   * Realizacja przedmiotu zamówienia w miejscu i czasie ściśle określonym przez Zamawiającego,   
     w oparciu o przedstawiany na bieżąco przez Zamawiającego harmonogram, uaktualniany   
     w odniesieniu do możliwości i potrzeb uczestników projektu;
   * Akceptacja prowadzenia zajęć we wskazanych przez Zamawiającego terminach. Dokładny termin realizacja przedmiotu zamówienia uzgadniany będzie po ustaleniu terminów dogodnych dla Uczestników biorących udział w projekcie. Ze względu na fakt, iż tematyka szkolenia została wybrana na podstawie wyniku Indywidualnego Planu Działania dla zrekrutowanych uczestników projektu gotowych do natychmiastowego rozpoczęcia szkolenia, a także mając na uwadze dużą intensywność pozostałych wsparć realizowanych w ramach projektu, Wykonawca może zostać powiadomiony o konieczności zorganizowania szkolenia do 2 dni przed terminem rozpoczęcia usługi.
   * Prawidłowa i efektywna realizacja powierzonych zadań w okresie trwania umowy.
2. Zapoznałem/am się z zapytaniem ofertowym oraz wszystkimi jego załącznikami i nie wnoszę do jego treści zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
3. W przypadku udzielenia zamówienia zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym.
4. Jeżeli w okresie związania ofertą nastąpią jakiekolwiek znaczące zmiany sytuacji przedstawionej w dokumentach załączonych do niniejszej oferty, niezwłocznie poinformuję o nich Zamawiającego.
5. Przyjmuję do wiadomości, iż jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
6. Informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od …….. do …….., stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione[[2]](#footnote-2).

**Dane osoby do kontaktu ws. niniejszej oferty:**

Imię i nazwisko (nazwa)..….….….............................................................................................

Adres ..…………………………….….............................................................................................

Tel./fax .….….........................................................................................................................

e-mail: ..................................................................................................................................

………………………………………………………….………………………..………….

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 10/ZO/RPSL.07.01.03-24-050F/16**

……………………………….………………..…………………… ……….…………………………..

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I/LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/a ………………………….............................................................................................................

Uprawniony/a do reprezentowania:

Nazwa firmy: ....................................................................................................................................................

Adres firmy: ......................................................................................................................................................

NIP: ............................................................................................................…………………….................................

oświadczam, że **nie jestem powiązany kapitałowo i/lub osobowo z Zamawiającym** tj. **Centrum Szkoleniowo - Doradcze STANISŁAW BEDNARZ** **z siedzibą w Bystrej Podhalańskiej 547, 34-235 Bystra Podhalańska**,   
w szczególności poprzez:

* uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
* pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

………………………………………………………….………………………..………….

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr 10/ZO/RPSL.07.01.03-24-050F/16**

……………………………….………………..…………………… ……….…………………………..

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Ja niżej podpisany/a ………………………….............................................................................................................

Uprawniony/a do reprezentowania:

Nazwa firmy: ....................................................................................................................................................

Adres firmy: ......................................................................................................................................................

NIP: ............................................................................................................…………………….................................

**oświadczam, że ww. firma**, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w postępowaniu:

1. Posiada **aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych** prowadzony przez Wojewódzki Urząd Pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej, co potwierdza załączona do oferty kserokopia wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych.
2. Dysponuje **minimum 2 osobami zdolnymi do wykonania zamówienia** posiadającym następujące kwalifikacje oraz doświadczenie, wskazanymi w załączniku nr 4 do Zapytania Ofertowego:

* wykształcenie w kierunku zgodnym z tematyką szkolenia (ukończone studia wyższe / studia podyplomowe/ szkolenia/ nabyte uprawnienia egzaminatora) potwierdzające kwalifikacje w kierunku zgodnym z tematyką szkolenia,
* minimum 2-letnie doświadczenie w ciągu ostatnich 5 lat w prowadzeniu zajęć/szkoleń z zakresu zgodnego z tematyką szkolenia, w tym co najmniej 150 godzin doświadczenia w realizacji analogicznej tematyki szkolenia w ciągu ostatnich 3 lat (tj. od 09.2015r.).

1. Posiada **doświadczenie w realizacji usług szkolenia/kursu z zakresu rejestratorka medyczna (lub analogiczne) oraz administracji biurowej** dla osób dorosłych w wymiarze co najmniej 3 zrealizowanych szkoleń/kursów dla co najmniej 30 osób w okresie w ostatnich 2 lat (tj. od 09.2016r.).
2. Dysponuje odpowiednim **potencjałem technicznym**, tj.:

Salami szkoleniowymi spełniającymi następujące **warunki techniczne:**

* spełnianie odpowiednich przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, z zapleczem socjalnym i sanitarnym dla uczestników szkolenia,
* dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych (tj. pozbawione barier architektonicznych) – w przypadku organizacji szkolenia, w którym uczestniczyć będą osoby niepełnosprawne,
* w okresie zimowym zapewnienie ogrzewania,
* możliwość oznakowania miejsca przeprowadzenia szkolenia odpowiednią tabliczką zawierającą informację o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

oraz wyposażonymi w następujący **sprzęt**:

* miejsce siedzące oraz ławka/stolik dla każdego uczestnika szkolenia,
* komputery z legalnym oprogramowaniem MS Office niezbędnym do prowadzenia szkolenia (każdy uczestnik szkolenia powinien mieć zapewnione indywidualne stanowisko pracy) z dostępem do internetu,
* flipchart lub tablica.

Jednocześnie użyte do realizacji zamówienia materiały, sprzęt i środki techniczne będą posiadały aprobaty techniczne dopuszczające do stosowania.

1. Nie znajduje się w **sytuacji ekonomicznej i finansowej** mogącej budzić poważne wątpliwości co do możliwości prawidłowego wykonania zamówienia, nie wszczęto wobec nich postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono upadłości; nie zalegają z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.

………………………………………………………….………………………..………….

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr 10/ZO/RPSL.07.01.03-24-050F/16**

……………………………….………………..…………………… ……….…………………………..

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**WYKAZ OSÓB, KTÓRYMI DYSPONUJE WYKONAWCA I KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ   
W REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

(spełniających wymagania określone w pkt X ppkt 1b zapytania ofertowego)

| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby przewidzianej do realizacji usługi** | **Wykształcenie, kwalifikacje**  **w kierunku zgodnym z tematyką szkolenia** | **Doświadczenie w prowadzeniu zajęć/szkoleń z zakresu zgodnego z tematyką szkolenia**  **w ciągu ostatnich 5 lat** | **Liczba godzin zrealizowanego kursów/ szkoleń zgodnych z tematyką szkolenia w ciągu ostatnich 3 lat (tj. od 09.2015r.)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Do oferty należy załączyć:**

1. poświadczoną za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie wszystkich osób wskazanych w powyższym wykazie (np. kserokopia świadectwa, dyplomy, certyfikaty, referencje, itp.)
2. oświadczeniem o współpracy wszystkich osób wskazanych w ww. wykazie z Wykonawcą na dzień składania oferty – oświadczenie musi być podpisane obydwie strony.

………………………………………………………….………………………..………….

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego nr 10/ZO/RPSL.07.01.03-24-050F/16**

……………………………….………………..…………………… ……….…………………………..

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG POTWIERDZAJĄCYCH DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**w realizacji usług szkoleń/kursów z zakresu rejestratorka medyczna (lub analogiczne) oraz administracji biurowej** dla osób dorosłych **w okresie ostatnich 2 lat (tj. od 09.2016r.)**

(spełniających wymagania określone w pkt X ppkt 1b zapytania ofertowego)

| **Lp.** | **Podmiot, dla którego zrealizowano usługę** | **Rodzaj usługi** | **Termin realizacji usługi** | **Liczba godzin zrealizowanej usługi** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PODSUMOWANIA DOŚWIADCZENIA:** | |
| **Łączna ilość osób objętych usługą usługi szkoleń/kursów z zakresu rejestratorka medyczna (lub analogiczne) oraz administracji biurowej dla osób dorosłych:** |  |

Do oferty należy załączyć poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie referencji i/lub innych równoważnych dokumentów, potwierdzających ilość uczestników szkoleń/kursów oraz ich jakość dla wszystkich szkoleń/kursów, które zostały wskazane w niniejszym wykazie.

………………………………………………………….………………………..………….

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

1. Termin ma zostać podany w dniach roboczych. [↑](#footnote-ref-1)
2. skreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-2)