Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

…………………………….

(miejscowość, data)

*…………………………………….*

(nazwa i adres oferenta bądź imię i

nazwisko oraz pesel oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane oferenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Adres siedziby** |
|  |  |
| **nr NIP** |
|  |

**Osoba do kontaktu:**Imię i nazwisko: …………………………………….

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ……………………………………………………

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe **dotyczące przeprowadzenia szkoleń na asystentów osobistych osób z niepełnosprawnościami, szkoleń na opiekunów osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz dla opiekunów faktycznych**, w ramach projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0059/23 pn. „Droga do godnego życia w woj. dolnośląskim: rozwój usług asystenckich i opiekuńczych świadczonych w społeczności lokalnej oraz wsparcie kadr instytucji pomocy i integracji społecznej”, projekt realizowany w ramach Priorytetu nr 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działania nr 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, za kwotę oraz na warunkach:

**1. Wycena:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Szczegóły usługi:** | **Cena za 1 godzinę netto:** | **Podatek VAT …….%:** | **Cena za 1 godzinę brutto:** | **Łączna cena brutto:** |
| Usługa przeprowadzenia szkoleń na asystentów osobistych osób z niepełnosprawnościami | Usługa realizowana w wymiarze 8 h dziennie, 24 godziny na uczestnika – część teoretyczna x 4 grupy po 5 osób każda. W cenie usługi należy ująć realizację części praktycznej w formie przyuczenia do pracy np. praktyki, wolontariat. |  |  |  |  |
| Usługa przeprowadzenia szkoleń na opiekunów osób potrzebujących wsparcia | Usługa realizowana w wymiarze 8 h dziennie, 80 godzin na uczestnika x 3 grupy po 5 osób. |  |  |  |  |
| Usługa przeprowadzenia szkoleń dla opiekunów faktycznych – warsztaty „Uwierz we własne siły - trening kompetencji i umiejętności społecznych” | Usługa realizowana w wymiarze 6 h godzin dziennie, 18 h szkoleń na uczestnika x 3 grupy po 10 osób każda. |  |  |  |  |
| Usługa przeprowadzenia szkoleń dla opiekunów faktycznych – warsztaty „Uwierz we własne siły - komunikacja w rodzinie” | Usługa realizowana w wymiarze 6 h godzin dziennie, 18 h szkoleń na uczestnika x 3 grupy po 10 osób każda. |  |  |  |  |
| Usługa przeprowadzenia szkoleń dla opiekunów faktycznych – warsztaty „Uwierz we własne siły – Zarządzanie budżetem domowym, wsparcie rodziny w podejmowaniu zatrudnienia przez osoby wymagającej opieki” | Usługa realizowana w wymiarze 6 h godzin dziennie, 18 h szkoleń na uczestnika x 3 grupy po 10 osób każda. |  |  |  |  |

**2. Wykaz osób – trenerów – skierowanych do realizacji zamówienia\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Imię i nazwisko dedykowanego do szkolenia trenera\*\* | Minimum 2 lata doświadczenia w okresie 3 lat poprzedzających dzień upublicznienia zapytania ofertowego w zakresie realizowanej usługi, tj.  aa) prowadzenie szkoleń skierowanych do asystentów osobistych osób z niepełnosprawnościami lub prowadzenie szkoleń o tożsamej tematyce w przypadku osób kierowanych do realizacji szkoleń na asystentów osobistych osób z niepełnosprawnościami,  bb) prowadzenie szkoleń skierowanych do opiekunów osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub prowadzenie szkoleń o tożsamej tematyce w przypadku osób kierowanych do realizacji szkoleń na opiekunów osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,  cc) prowadzenie szkoleń skierowanych do opiekunów faktycznych lub prowadzenie szkoleń o tożsamej tematyce w przypadku osób kierowanych do realizacji szkoleń dla opiekunów faktycznych,  oraz w zakresie realizacji szkoleń unijnych, szkoleń w temacie zasad polityki równych szans oraz niedyskryminacji wraz z ich praktycznym zastosowaniem.  **TAK/NIE** | Minimum 240 godzin przeprowadzonych szkoleń skierowanych do osób niepełnosprawnych lub wykluczonych społecznie/zawodowo lub opiekunów faktycznych.  **TAK/NIE** | Wykształcenie wyższe lub ukończony kurs kształcenia osób dorosłych.  **TAK/NIE** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

\* Istnieje możliwość zwiększenia liczby wierszy.

\*\*W wykazie osób – trenerów – skierowanych do realizacji zamówienia oferent zobowiązany jest podać imię i nazwisko co najmniej trzech różnych trenerów po minimum jednym na każdy z rodzajów szkoleń wskazanych w cz. II, punkt 1), lit. a) – c) zapytania ofertowego.

**3. Wartość oferty ogółem – realizacja szkoleń na asystentów osobistych osób z niepełnosprawnościami, szkoleń na opiekunów osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz szkoleń dla opiekunów faktycznych realizowana w ramach projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0059/23 pn. „Droga do godnego życia w woj. dolnośląskim: rozwój usług asystenckich i opiekuńczych świadczonych w społeczności lokalnej oraz wsparcie kadr instytucji pomocy i integracji społecznej”**

Cena netto: …………………………………….. PLN

(słownie: ……………………………………………………………….),

podatek VAT: ……. %, tj. …………….PLN (słownie: …………………………………………)

Cena brutto: ………………………………………… PLN

(słownie: ……………………………………………………………………………..).

**4. Oświadczenie o posiadaniu statusu podmiotu ekonomii społecznej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Jestem Podmiotem ekonomii społecznej tj.: …………………………………………………………………………..…..\* | 🞏 TAK 🞏 NIE\*\* |

\* uzupełnić jeśli dotyczy, \*\*zaznaczyć właściwe za pomocą x

**5. Terminy**

Deklarujemy termin wykonania zamówienia we wskazanych przez zamawiającego terminach.

**Termin związania ofertą**: 30 dni od daty złożenia oferty.

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zapytaniem ofertowym, nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz uzyskałem/am konieczne informacje/wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
4. Upoważniam Zamawiającego (bądź uprawnionych przedstawicieli) do przeprowadzenia wszelkich badań mających na celu sprawdzenie zaświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz do wyjaśnienia każdych aspektów mojej oferty.
5. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym, a w przypadku wyboru niniejszej oferty, do czasu zawarcia umowy.
6. Oświadczam, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i prawdziwe (za składanie nieprawdziwych informacji Oferent odpowiada zgodnie z art. 270 KK).
7. Oświadczam, że usługi, zaoferowane w odpowiedzi na zapytanie ofertowe, spełniają wszystkie wymagania przedstawione w zapytaniu ofertowym.
8. Oświadczam, że w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez zamawiającego.
9. Oświadczam, że podana cena obejmuje wszystkie koszty, jakie poniesie zamawiający z tytułu realizacji zamówienia.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji niniejszego zapytania ofertowego, realizacji, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0059/23 pn. „Droga do godnego życia w woj. dolnośląskim: rozwój usług asystenckich i opiekuńczych świadczonych w społeczności lokalnej oraz wsparcie kadr instytucji pomocy i integracji społecznej”, projekt realizowany w Priorytetu nr 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działania nr 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
11. Oświadczam, że dysponuję osobami, które będą uczestniczyć w wykonaniu przedmiotu oferty, zdolnymi do jej wykonania, tj, co najmniej 3 osobami spełniającymi warunki określone w zapytaniu ofertowym wymienionymi w ww. Wykazie osób – trenerów – skierowanych do realizacji zamówienia.
12. Oświadczam, że wykazane osoby nie są pracownikami zamawiającego, tj. nie są przez zamawiającego zatrudnieni na podstawie stosunku pracy.
13. Oświadczam, iż w przypadku braku możliwości wykonania usługi przez wskazanego w niniejszej ofercie trenera, zobowiązuje się zapewnić zastępstwo, z zastrzeżeniem, iż wykształcenie, doświadczenie i kompetencje nowego trenera będą tożsame lub większe/wyższe oraz będzie on posiadał uprawnienia do przeprowadzania szkoleń jak trener wykazany pierwotnie w niniejszej ofercie.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………..……  *(nazwa i adres oferenta bądź imię i*  *nazwisko oraz pesel oferenta))* | …………………………………..………………  *(podpis oferenta)* |