**Załącznik nr 1 – Wzór formularza ofertowego**

|  |
| --- |
| ………………………….…………..  Miejscowość i data |

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko/nazwa Wykonawcy :** |  |
| **Adres zamieszkania/adres siedziby Wykonawcy :** |  |
| **Numer telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **NIP (jeśli dotyczy):** |  |
| **REGON (jeśli dotyczy):** |  |

Odpowiadając na zapytanie ofertowe zapytanie **6/SSSNLP/SZ5/2024** z dnia **13.11.2024**, którego przedmiotem jest realizacja usługi polegającej na:

na kompleksowej organizacji i przeprowadzeniu na terenie województwa świętokrzyskiego dla 2 uczestniczek/ków szkolenia zawodowego „Specjalista ds. sprzedaży z elementami e-marketingu” wraz z zapewnieniem materiałów dydaktycznych, sali szkoleniowej, cateringu w ramach projektu „Stwórz swoją szansę na lepszą przyszłość”, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet FESW. 10 Aktywni na rynku pracy, Działanie 10.07 Działania na rzecz osób zagrożonych utratą pracy składamy następującą ofertę cenową obejmującą wszelkie koszty wykonania usługi określonej w zapytaniu ofertowym:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Liczba osób** | **Cena za organizację i przeprowadzenie szkolenia dla 1 osoby (w zł brutto)** | **Całkowity koszt brutto (liczba osób x cena jednostkowa)** |
| Realizacja usługi polegającej na kompleksowej organizacji i przeprowadzeniu na terenie województwa świętokrzyskiego dla 2 uczestniczek/ków szkolenia zawodowego „Specjalista ds. sprzedaży z elementami e-marketingu” wraz z zapewnieniem materiałów dydaktycznych, sali szkoleniowej, cateringu. |  |  |  |
| **CAŁKOWITY KOSZT OFERTY** | | |  |

**Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):**

* posiadam/trener wyznaczony do realizacji zamówienia posiada[[1]](#footnote-1) min 2 letnie doświadczenie   
  w udzielaniu wsparcia w tożsamym zakresie
* posiadam/ trener wyznaczony do realizacji zamówienia posiada[[2]](#footnote-2) doświadczenie w udzielaniu wsparcia  
   w tożsamym zakresie dla tożsamej grupy docelowej w wymiarze …………… godzin.
* posiadam/ trener wyznaczony do realizacji zamówienia posiada wykształcenie wyższe[[3]](#footnote-3)
* Posiadam/ dysponuję osobami posiadającymi[[4]](#footnote-4) wiedzę i doświadczenie niezbędne do realizacji zamówienia.
* skieruję do realizacji zamówienia co najmniej 1 osobę należącą do kategorii osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

Poniżej wskazuję dane osób skierowanych do merytorycznej realizacji zamówienia, którymi dysponuję:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Zaznaczyć właściwe:

* Wykonawca zapoznał się z warunkami zapytania ofertowego Zamawiającego i nie wnosi do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobył konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty,
* Wykonawca jest związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni licząc od dnia upływu terminu składania ofert
* w przypadku wyboru przez Zamawiającego niniejszej oferty Wykonawca zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego,
* wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i prawdziwe, a Wykonawca spełnia wszelkie kryteria wymagane zapytaniem ofertowym.

Deklaruję również:

Gotowość realizacji zamówienia[[5]](#footnote-5)

* do 3 dni od zgłoszenia przez Zamawiającego zapotrzebowania
* powyżej 3 dni od zgłoszenia przez Zamawiającego zapotrzebowania

Do oferty załączam(zaznaczyć właściwe):

* Oświadczenie Wykonawcy dotyczące braku powiązań (zał.2)
* Oświadczenie dotyczące spełnienia pozostałych warunków udziału w postępowaniu (zał. 3)
* Oświadczenie potwierdzające doświadczenie w realizacji wsparcia tożsamego (zał. 4)
* Dokumenty potwierdzające wykształcenie wyższe (kopie dokumentów ukończenia studiów)
* Dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie (zaświadczenia, poświadczenia, referencje, umowy, itp.)
* Dokument potwierdzający wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych
* Inne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

………………………..………………………..……………………………

(Podpis Wykonawcy /osoby/osób   
reprezentującej/cych Wykonawcę)

1. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. należy wybrać jedną z możliwości, w zależności od tego czy Wykonawca będzie realizował zamówienie osobiście czy zapewnia osoby do realizacji zamówienia [↑](#footnote-ref-3)
4. należy wybrać jedną z możliwości, w zależności od tego czy Wykonawca będzie realizował zamówienie osobiście czy zapewnia osoby do realizacji zamówienia [↑](#footnote-ref-4)
5. Proszę wstawić znak „X” w wybranym polu [↑](#footnote-ref-5)