**Załącznik nr 1 do zapytania 4/TF/WNRP/S/2025 – 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 4/TF/WNRP/S/2025 z dnia **30.04.2025**, którego przedmiotem jest realizacja usługi polegającej na **kompleksowej organizacji i przeprowadzeniu na terenie województwa świętokrzyskiego   
dla 10 uczestniczek/ków szkolenia zawodowego „Manewrowy” w wymiarze 104 h wraz z zapewnieniem materiałów dydaktycznych, cateringu i sali szkoleniowej** dla uczestników projektu „Wkomponowani w nowy rytm pracy” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet FESW. 10 Aktywni na rynku pracy, Działanie 10.07 Działania na rzecz osób zagrożonych utratą pracy – projekty konkurencyjne składam następującą ofertę cenową obejmującą wszelkie koszty wykonania usługi określonej w zapytaniu ofertowym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa**  **(w PLN brutto)** | **Całkowity koszt  w PLN brutto (cena jednostkowa x ilość)** |
| **Przeprowadzenie szkolenia zawodowego „Manewrowy” dla 10 UP w wymiarze 104 h dydaktycznych;** | **osoba** | **10** |  |  |
| **Zapewnienie niezbędnych materiałów dydaktycznych dla 10 uczestniczek/ uczestników wsparcia;** |
| **Zapewnienie sali do przeprowadzenia wsparcia dla grupy na czas szkolenia (104 h);** |
| **Zapewnienie cateringu dla 10 UP (130 osobodni)** |
| **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 lub kwalifikacje wymagane do prowadzenia szkolenia[[3]](#footnote-3)
* Posiadam/ dysponuję osobami posiadającymi[[4]](#footnote-4) wiedzę i doświadczenie niezbędne do realizacji zamówienia.
* Posiadam aktualne zaświadczenie o niekaralności wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed dniem złożenia oferty
* Trener wyznaczony do realizacji zamówienia posiadaaktualne zaświadczenie o niekaralności wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed dniem złożenia oferty
* 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
* Szkolenie zostanie przeprowadzone pod adresem: …………………………………………………………………………………………

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)