*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

**OFERTA WYKONAWCY**

**w trybie rozeznania rynku**

Nr postępowania **04/10/2016/BI z dn. 21.10.2016**

Imię i nazwisko lub nazwa firmy (jeśli dotyczy) oraz adres Wykonawcy

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

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

email: ...................................................

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

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

**W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące przygotowania i przeprowadzenia przez wybranego/-ą trenera/-kę szkoleń określonych w zapytaniu ofertowym** w ramach projektu pn. „Job Mobility” finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego składam ofertę **na przygotowanie i przeprowadzenie następującego szkolenia/-ń:**

1. „Asystent osoby niepełnosprawnej”, 50 h,1 liczba edycji

**za następującą cenę za godzinę pracy:**

**Cena [brutto]\* …………………..…………….................... PLN**

**Cena [netto] ………………..…………………………………. PLN**

**Specyfikacja dot. usługi/~~towaru~~: z**g. z przedmiotem zapytania

1. Oświadczam, że "Program szczegółowego szkolenia” wraz z materiałami szkoleniowymi przekażę Zamawiającemu w formie elektronicznej.
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 upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że jestemosobą fizyczną lub osobą samozatrudnioną, prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą i zobowiązuję się do osobistej realizacji przedmiotu zamówienia.
5. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie   
   i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
6. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

………………………………………………………………………………..

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

\* W przypadku osób nieposiadających przychodu w wysokości co najmniej najniższej krajowej (zg. z Rozporządzeniem Rady Ministrów   
z dnia 11 września 2014 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2016 r.) kwota brutto oznacza kwotę z pełnymi składkami społecznymi oraz ubezpieczeniem zdrowotnym.

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń**

Dotyczy zapytania ofertowego **nr 04/10/2016/BI z dn. 21.10.2016.** w ramach projektu pn. „Job Mobility” finansowanego 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)** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca/Zleceniodawca/Usługodawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…….………………………………

(podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego w pracy z grupami osób niepełnosprawnych**

Dotyczy zapytania ofertowego **nr 04/10/2016/BI z dn. 21.10.2016** w ramach projektu pn. „Job Mobility” finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

***W tabeli można ponownie wykazać doświadczenie wykazane w załączniku 2, jeśli dotyczyło prowadzenia szkoleń dla osób niepełnosprawnych***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematyka przeprowadzonych zajęć** | **Liczba godzin** | **Liczba uczestników, krótka charakterystyka grupy** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca/Zleceniodawca/Usługodawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…….………………………………

(podpis Wykonawcy)