*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego – Formularz oferty*

Nr sprawy: 4/EFS/7.2.2./2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

*Miejscowość, data*

*Miejsce na pieczęć Oferenta*

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

1. **ZAMAWIAJĄCY:** Spółdzielnia Socjalna „ARKA”

Adres siedziby: ul. Kolejowa 24; 63-800 Gostyń

NIP: 6961876570; REGON: 302236766

1. **TYTUŁ ZAMÓWIENIA:** Szkolenia opiekunów faktycznych.

w projekcie pn.: *Krobskie Centrum Usług Społecznych współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjny Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPWP), Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne - projekty konkursowe oraz pozakonkursowe w zakresie epidemii COVID-19*, realizowanym przez Beneficjenta nie należącego do sektora finansów publicznych, który nie ma obowiązku stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004r. (Dz. U. 2010r. nr 1131, poz. 759 z późn. zm.).

Postępowanie o udzielenie zamówienia w trybie konkurencyjności.

1. **NAZWA I DANE KONTAKTOWE OFERENTA:**

NAZWA:

ADRES:

NIP: REGON:

Telefon: e-mail:

1. **RODZAJ OFERENTA:**

 osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej

 osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą (samozatrudnienie), realizująca zamówienie osobiście

 osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą (samozatrudnienie), realizująca zamówienie z wykorzystaniem zasobów podmiotów trzecich

 osoba prawna realizująca zamówienie z wykorzystaniem własnych zasobów

 osoba prawna realizująca zamówienie z wykorzystaniem zasobów podmiotów trzecich

1. **WARUNKI OFERTOWE:**

**5.1 Cena (C) (kryterium punktowane)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Moduł | Cena netto  (w PLN) | % VAT | Cena brutto  (w PLN) | Stawka brutto na jednego uczestnika = = **cena brutto/20 os.** |
| 1. | **moduł 1:** Opieka nad osobą starszą, chorą, niepełnosprawną. |  |  |  |  |
| 2. | **moduł 2:** Zarządzanie emocjami. |  |  |  |  |
| 3. | **moduł 3:** Kurs podstawowej pierwszej pomocy przedmedycznej. |  |  |  |  |
| 4. | **moduł 4:** Radzenie sobie ze stresem (15 godz. szkol.). |  |  |  |  |
| Razem (łączna cena brutto oferty): | | | |  | -------------- |

**5.2 Uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności (kryterium formalne):**

Nr wpisu do Rejestr Instytucji Szkoleniowych (RIS): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.3 Osoby zdolne do wykonania zamówienia (kryterium formalne)**:

Oświadczam, że ja osobiści lub Pan/-i[[1]](#footnote-1)

*(imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**posiada/-m** kwalifikacje zgodnie z Zapytaniem ofertowym:

1. wykształcenie wyższe o kierunku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

na dowód czego do oferty załączam kopię Dyplomu oraz swoje CV.

1. Min. 100 godzin przeprowadzonych szkoleń lub kursów lub warsztatów w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia tj.: Opieka nad osobą starszą, chorą, niepełnosprawną (min. 25 godz.), Zarządzanie emocjami (min. 5 godz.), Kurs podstawowej pierwszej pomocy przedmedycznej (min. 25 godz.), Radzenie sobie ze stresem (min. 5 godz.).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Podmiot, dla którego świadczone były szkolenia/kursy | Tematyka szkoleń/kursów | Liczba godzin | Dokument(-y) potwierdzający(-ce) posiadane kwalifikacje, które zostały dołączone do oferty | Nr i nazwa modułu, którego dotyczy doświadczenie (1 -4 zgodnie ze specyfikacja usług) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Podsumowanie godzin modułów:

* Opieka nad osobą starszą, chorą, niepełnosprawną: \_\_\_\_\_\_\_\_ godz.
* Zarządzanie emocjami: \_\_\_\_\_\_\_\_ godz.
* Kurs podstawowej pierwszej pomocy przedmedycznej: \_\_\_\_\_\_\_ godz.
* Radzenie sobie ze stresem: \_\_\_\_\_\_\_\_ godz.

**5.4 Doświadczenie (D) (kryterium punktowane)**:

Oświadczam, że ja osobiści lub Pan/-i[[2]](#footnote-2)

*(imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**posiada/-m** następujące doświadczenie powyżej wymaganych 100 godz. w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Podmiot, dla którego świadczone były szkolenia/kursy | Tematyka szkoleń/kursów | Liczba godzin | Dokument(-y) potwierdzający(-ce) posiadane kwalifikacje, które zostały dołączone do oferty | Nr i nazwa modułu, którego dotyczy doświadczenie (1 -4 zgodnie ze specyfikacja usług) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**5.4 Kadra dydaktyczna (Kd) (kryterium punktowane)**:

5.4.1. Oświadczam, że ja osobiści lub Pan/-i[[3]](#footnote-3)

*(imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**posiada/-m** kwalifikacje do realizacji modułu 1: Opieka nad osobą starszą, chorą, niepełnosprawną **na dowód czego do Formularza oferty załączam dokument/-y:**

*(wpisać jaki dokument/-y):* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.4.2. Oświadczam, że ja osobiści lub Pan/-i[[4]](#footnote-4)

*(imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**posiada/-m** kwalifikacje do realizacji modułu 2: Zarządzanie emocjami **na dowód czego do Formularza oferty załączam dokument/-y:**

*(wpisać jaki dokument/-y):* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.4.3. Oświadczam, że ja osobiści lub Pan/-i[[5]](#footnote-5)

*(imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**posiada/-m** kwalifikacje do realizacji modułu 3: Kurs podstawowej pierwszej pomocy przedmedycznej **na dowód czego do Formularza oferty załączam dokument/-y:**

*(wpisać jaki dokument/-y):* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.4.4. Oświadczam, że ja osobiści lub Pan/-i[[6]](#footnote-6)

*(imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**posiada/-m** kwalifikacje do realizacji modułu 4: Radzenie sobie ze stresem **na dowód czego do Formularza oferty załączam dokument/-y:**

*(wpisać jaki dokument/-y):* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **OŚWIADCZENIA OFERENTA:**

Oświadczam/-y, że:

* pozostaję/-emy związany/-ni niniejszą ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego upływu terminu składania ofert,
* po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnoszę/-imy do niego żadnych zastrzeżeń,
* zobowiązuję/-my się do zawarcia z Zamawiającym umowy, której istotne postanowienia stanowią Załącznik do Zapytania Ofertowego, w terminie do 7 dni od dnia zawiadomienia mnie/nas przez Zamawiającego o wyborze najkorzystniejszej oferty pod rygorem uznania, że odstępuję/my od wykonania przedmiotu zamówienia,
* brak jest podstaw, o których mowa w art. 24 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 z późniejszymi zmianami) do wykluczenia mnie z postępowania,
* nie wykonywałem/łam/liśmy żadnych czynności związanych z przygotowaniem niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia, a w celu sporządzenia Oferty nie posługiwałem/łam się osobami uczestniczącymi w dokonaniu tych czynności.

1. **POTWIERDZENIE PRAWDZIWOŚCI DANYCH ZAWARTYCH W OFERCIE**

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego i zobowiązuję się do przedstawienia dokumentów je potwierdzających na żądanie Zamawiającego.

*Do oferty załączam:*

1. *Załącznik 1 do Formularza oferty: Oświadczenie o braku powiązań Oferenta*
2. *Załącznik 2 do Formularza oferty: Oświadczenie o zasobach zdolnych do wykonania zamówienia (jeżeli dotyczy)*
3. *Kopię dokumentu/-ów potwierdzającego/-ych spełnienie kryteriów*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Miejscowość, data Podpis Oferenta*

*Załącznik nr 1 do Formularza oferty – Oświadczenie o braku powiązań*

Nr sprawy: 3/EFS/7.2.2./2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

*Miejscowość, data*

*Miejsce na pieczęć Oferenta*

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

Oświadczam(-y), że nie jestem(-śmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi   
w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Data i podpis Oferenta*

*Załącznik nr 2 do Formularza oferty – Oświadczenie o zasobach zdolnych do wykonania zamówienia*

Nr sprawy: 3/EFS/7.2.2./2021

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Miejscowość, data*

*Miejsce na pieczęć Oferenta*

**Oświadczenie o zasobach zdolnych do wykonania zamówienia**

Oświadczam, że w celu realizacji niniejszego zamówienia dysponuję/będę dysponował\* następującym zasobem zdolnym do wykonania Zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Sposób dysponowania zasobem (umowa cywilno-prawna, umowa o pracę, inna forma współpracy)** | **Data zawarcia umowy oraz okres dysponowania zasobem** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**W przypadku Oferenta, który w Formularzu oferty wskaże więcej niż jedną osobę, należy wykazać wszystkie zasoby, którymi dysponuje****/będzie dysponował Oferent w celu realizacji zamówienia. Do Załącznika 2 należy obowiązkowo dołączyć zobowiązanie osoby/-ób do oddania do dyspozycji na czas realizacji Zamówienia zgodnie z zapisami Zapytania ofertowego Brak załączonego/-ych zobowiązania/-ań będzie skutkował pozostawieniem ofert/-y bez rozpatrzenia.**

*Załącznik/-i:*

*Zobowiązanie/-a osób zdolnych do wykonania zamówienia do oddania do dyspozycji*

*Liczba załączników: \_\_\_\_\_\_\_*

*\*niepotrzebne skreślić*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Data i podpis Oferenta*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-5)
6. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-6)