**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 2/2017/PIMWSZ/RR w ramach procedury rozeznania rynku**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Oferta na przeprowadzeniu zajęć lub zapewnienie trenera/instruktora, który przeprowadzi zajęcia z „Obsługi kasy fiskalnej” (moduł szkoleniowy) w ramach kursu „Sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej” w wymiarze 16 godzin (1 grupa x 16 godzin) dla 5 uczestników projektu „Pomorski Innowacyjny Model Wsparcia Społeczno – Zawodowego” nr RPPM.05.02.02-22-0133/15 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 5. Zatrudnienie, Działanie 5.2. Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez pracy, Poddziałanie 5.2.2. Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez pracy.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko/Nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Telefon: |  |
| E-mail: |  |
| Osoba uprawniona do podpisania umowy (imię i nazwisko) |  |
| Osoba do kontaktu w imieniu Wykonawcy  (imię i nazwisko, adres e-mail, telefon) |  |

1. Ja, niżej podpisany w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 2/2017/PIMWSZ/RR w ramach procedury rozeznania rynku oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa usługi** | **Cena jednostkowa brutto za przeprowadzenie 1 godziny kursu** | **Liczba godzin** | **Cena brutto za przeprowadzenie kursu**  **(cena jednostkowa brutto x liczba godzin)** |
| 3. | Przeprowadzenie zajęć w ramach kursu „Sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej” - moduł „Obsługa kasy fiskalnej” w wymiarze 16 godzin  (1 grupa x 16 godzin) | …………………………….... PLN  *słownie:*...........................................  ......................................................... | 16 | …………………………PLN  *słownie:*......................................  ...................................................... |

2. Oświadczam, że przedmiot zamówienia wykonam osobiście: TAK/NIE\*

*\*niepotrzebne skreślić*

4. Oświadczam, że:

1. Jestem uprawniony do wykonywania przedmiotu zamówienia, posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie lub dysponuję trenerami/instruktorami, którzy posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
2. Posiadam/dysponuję trenerem, który posiada\* minimum dwuletnie doświadczenie zawodowe w prowadzeniu zajęć zgodnie z zakresem tematycznym kursu, na który składana jest oferta oraz posiadają doświadczenie w pracy z grupą docelową projektu, tj. minimum 100 godzin przeprowadzonych zajęć z grupą docelową, tj. z osobami pozostającymi bez pracy w wieku 30 lat i więcej należących do co najmniej jednej z następujących grup: osoby w wieku 50 lat i więcej, kobiety, osoby z niepełnosprawnościami, osoby długotrwale bezrobotne, osoby o niskich kwalifikacjach.
3. Zapoznałem/-am się i akceptuję warunki zawarte w Zapytaniu ofertowym oraz załącznikach do tego zapytania.
4. Uzyskałem/-am wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i realizacji przedmiotu zamówienia.
5. Cena podana w ofercie obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją powyższego zamówienia.
6. W przypadku uzyskania zamówienia zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich badań mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz wyjaśnień finansowych i technicznych, przez Zamawiającego lub jego upoważnionych przedstawicieli.
8. Jestem związany/a ofertą przez 30 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
9. Świadomy/i odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że dane w ofercie oraz załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia w ramach procedury rozeznania rynku na przeprowadzenie zajęć lub zapewnienie trenera/instruktora, który przeprowadzi zajęcia z „Obsługi kasy fiskalnej” (moduł szkoleniowy) w ramach kursu „Sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej dla 5 uczestników projektu **„Pomorski Innowacyjny Model Wsparcia Społeczno – Zawodowego** (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922.).

*\*niepotrzebne skreślić*

……................................................... .................................................................. (miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 2 do zapytanie ofertowego nr 2/2017/PIMWSZ/RR w ramach procedury rozeznani rynku

………………………………………………….

*Dane Wykonawcy / Pieczęć Wykonawcy (o ile posiada)*

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

**KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/a, …………….…………………...................................................................

reprezentujący/a: …………………………………………………………..................................

oświadczam, że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tj. La Soleil Monika Piecuch oraz Partnerami Projektu tj.: Chrześcijańskie Stowarzyszenie Dobroczynne w Kluczach oddział w Gdyni ul. Ludwika Zamenhofa 13A, 81-290 Gdynia i Pracodawcy Pomorza al. Zwycięstwa 24, 80-219 Gdańsk.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

…………………………………… ……………..……………………...............................

(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy lub osoby działającej

w imieniu Wykonawcy)