**Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe Mazowieckiego Stowarzyszenia Pracy dla Niepełnosprawnych „De Facto” na zorganizowanie i przeprowadzenie 4 szkoleń zawodowych "TIK i wykorzystanie dostosowanego stanowiska komputerowego w pracy biurowej z elementami pracy zdalnej" dla osób niepełnosprawnych, głownie niewidomych i słabowidzących z dnia 02.08.2017

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

Miejscowość, data

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

Pieczęć Wykonawcy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  | | |
| **Adres Wykonawcy** |  | | |
| **Adres e-mail** |  | | |
| **Nr tel.** |  | **Nr faksu** |  |
| **NIP** |  | **REGON** |  |

**I. Przedmiot oferty:**

Zorganizowanie i przeprowadzenie 4 szkoleń zawodowych "TIK i wykorzystanie dostosowanego stanowiska komputerowego w pracy biurowej z elementami pracy zdalnej" dla osób niepełnosprawnych, głownie niewidomych i słabowidzących.

**II. Oferowana cena netto:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa pozycji** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość** | **Wartość netto** | **Wartość brutto[[1]](#footnote-1)** |
| 1. | Zorganizowanie 1 szkolenia zawodowego dla grupy 12 osób |  | 4 | *słownie:* | *słownie:* |

**II.a. Oferowany termin płatności faktur:** ………………. dni

**III. Termin ważności oferty:** ……………. dni

**IV. Oświadczenia**

1. Oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo ani kapitałowo z Zamawiającym. **TAK / NIE\***
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zapytaniem ofertowym z dnia 02.08.2017 r., akceptuję wszystkie jego warunki oraz wykonam zamówienie zgodnie z jego zapisami. **TAK / NIE\***
3. Oświadczam, że Wykonawca jest instytucją posiadającą aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych prowadzonego przez odpowiedni Wojewódzki Urząd Pracy. **TAK / NIE\***
   1. numer Wykonawcy w RIS: ………………………
4. Oświadczam, że zapewnię udział w realizacji zamówienia przynajmniej 1 osoby niepełnosprawnej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zatrudnionej przez Wykonawcę oraz zobowiązuję się do przedłożenia na żądanie Zamawiającego dokumentów potwierdzających spełnienie ww. warunku. **TAK / NIE\***
5. Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat przed terminem składania oferty, a jeżeli okres działalności jest krótszy - w tym okresie zrealizowałem szkolenia TIK dla nie mniej niż 4 grup osób niewidomych i słabowidzących, obejmujących łącznie nie mniej niż 48 osób. Zobowiązuję się do dostarczenia na żądanie wykonawcy dokumentów potwierdzających spełnienie ww. warunku. W tabeli poniżej przedstawiam zrealizowane szkolenia **TAK / NIE\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instytucja na zlecenie której przeprowadzono szkolenie | Liczba przeszkolonych osób niewidomych i słabowidzących | Data przeprowadzenia szkolenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam, że zapewnię w celu realizacji zamówienia szkoleniowca z przynajmniej 2-letnim doświadczeniem w prowadzeniu szkoleń TIK dla niewidomych i słabowidzących. Do formularza ofertowego dołączam stosowne CV. **TAK / NIE\***
2. Oświadczam, że posiadam wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu zamówienia.   
   **TAK / NIE\***
3. Oświadczam, że dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia. **TAK / NIE\***
4. Oświadczam, że posiadam sytuację ekonomiczną i finansową pozwalającą na realizację zamówienia. **TAK / NIE\***

……………………………………………………….

Podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wykonawcy

**\*** *Niepotrzebne skreślić*

1. Wartość brutto zamówienia powinna być równa wartości netto, ze względu na zwolnienie z podatku VAT dla usług kształcenia zawodowego dofinansowanych z EFS. [↑](#footnote-ref-1)