ROPS.X/2205/5/2019

**FORMULARZ OFERTOWY**

w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe z dnia 28 sierpnia 2019 roku dotyczące wykonania usługi przeprowadzenia szkolenia dla pracowników ROPS oraz głównych księgowych Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie/Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej - powiatowych i wojewódzkich jednostek budżetowych samorządu terytorialnego

1. **Dane Wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta/Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Tel. /fax |  |
| e-mail |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Osoba do kontaktu wraz  z numerem telefonu |  |

1. **Oferta cenowa wykonania zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Wartość netto zamówienia** | **Procentowa stawka VAT\*** | **Wartość brutto zamówienia** |
| Przeprowadzenie usługi szkoleniowej dla pracowników ROPS oraz głównych księgowych Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie/Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej - powiatowych i wojewódzkich jednostek budżetowych samorządu terytorialnego |  |  |  |

**\* Procentowa stawka VAT –** jeżeli Wykonawca jest zwolniony z podatku VAT należy wpisać znak „-” lub „zw”.

1. **Wykaz szkoleń przeprowadzonych w ciągu ostatnich 5 lat** (min. 20 szkoleń dla 50 osób)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szkolenia** | **Data szkolenia** | **Liczba uczestników** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Doświadczenie w zakresie świadczenia usług szkoleniowych z zagadnień danego bloku tematycznego** (należy wypełnić osobno dla każdego szkoleniowca, w przypadku więcej niż 2 szkoleniowców należy dodać kolejne tabele)

**Szkoleniowiec 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zrealizowane szkolenia od 2016 roku** | | | |
| **Nazwa szkolenia** | **Nazwa instytucji** | **Termin realizacji** | **Liczba godzin dydaktycznych** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Szkoleniowiec 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zrealizowane szkolenia od 2016 roku** | | | |
| **Nazwa szkolenia** | **Nazwa instytucji** | **Termin realizacji** | **Liczba godzin dydaktycznych** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Opis usług planowanych w przedmiotowym zakresie zamówienia** (prosimy przedstawić wstępny program szkolenia w poniższej tabeli)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BLOK TEMATYCZNY** | **Tematy/ zagadnienia** | **Forma zajęć (wykład/seminarium/ćwiczenia/warsztat)** |
| **I (2h)** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **II (5h)** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **III (4h)** |  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Oświadczenia**

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte;
2. oferuję realizację usługi będącej przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymogami opisanymi   
   w zapytaniu;
3. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
4. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym   
   i osobowym zdolnym do wykonania przedmiotu zamówienia;
5. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
6. nie otwarto wobec nas likwidacji ani nie ogłosiłem/ogłosiliśmy upadłości;
7. wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;
8. nie zalegam/y z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne;
9. sąd nie orzekł wobec nas zakazu ubiegania się o zamówienia, na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
10. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procedury zamówienia usługi przeprowadzenia szkoleniowego dla pracowników ROPS oraz głównych księgowych Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie/Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej - powiatowych i wojewódzkich jednostek budżetowych samorządu terytorialnego do wyłonienia Wykonawcy w postępowaniu konkursowym;
11. przyjmuję do wiadomości informację, że zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie   
    o ochronie danych osobowych) Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.:

- administratorem moich danych osobowych jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej   
w Poznaniu, ul. Feliksa Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań,

- kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – e-mail: [iod@rops.poznan.pl](mailto:iod@rops.poznan.pl),

- moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu (art. 6 ust. 1 lit. b RODO) oraz w celu realizacji umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),

- odbiorcami moich danych osobowych będą

* podmioty uczestniczące w realizacji zlecenia,
* organy kontrolne i nadzorcze oraz audyt,

- moje dane osobowe przechowywane będą zgodnie z postanowieniami instrukcji archiwalnej Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu.

- mam prawo do żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,

- mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,

- podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych uniemożliwi ewentualny wybór złożonej przeze mnie oferty w postępowaniu konkursowym oraz skutkuje odmową zawarcia umowy.

**Do niniejszej oferty załączam/y** następujące dokumenty zgodnie z zapytaniem ofertowym:

- odpis z właściwego rejestru lub ewidencji, z którego wynikać będzie iż Wykonawca został wpisany do właściwego rejestru (np. KRS, CEIDG). Dokument o którym mowa powyżej, powinien być wystawiony nie wcześniej niż 60 dni przed terminem składania ofert.

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

Miejscowość, data Podpis i pieczęć

osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy