*Załącznik nr 1 do SWZ*

**TREŚĆ OFERTY**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa Wykonawcy

Adres Wykonawcy

NIP ……………………………………………………………………………………………………

REGON, ( jeśli dotyczy)

KRS ( jeśli dotyczy)

Telefon: …………………………..

e-mail: …………………………………

**Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu**

**ul. Głogowska 25c**

**45-315 Opole**

**OFERTA**

Nazwa zamówienia:**Kompleksowa organizacja usługi szkoleniowej dla przyszłej kadry mieszkań wspomaganych*.***

*Zamówienie realizowane jest z projektu „Niezależne życie – wypracowanie standardu   
i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób   
z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś Priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym.*

1. Oferuję wykonanie zamówienia publicznego
2. **W części nr 1:** Kompleksowa organizacja usługi szkoleniowej dla przyszłej kadry mieszkań wspomaganych na terenie gminy Brzeg dla jednej grupy **za łączną cenę brutto …………..………… zł (w tym VAT) co wynika z kalkulacji ceny brutto za udział jednej osoby ……………………… zł w szkoleniu x max. ilość osób 12 x 1 grupa.**
3. **W części nr 2:** Kompleksowa organizacja usługi szkoleniowej dla przyszłej kadry mieszkań wspomaganych na terenie gminy Paczków dla jednej grupy **za łączną cenę brutto …………..………… zł (w tym VAT) co wynika z kalkulacji ceny brutto za udział jednej osoby ……………………… zł w szkoleniu x max. ilość osób 12 x 1 grupa.**
4. **W części nr 3:** Kompleksowa organizacja usługi szkoleniowej dla przyszłej kadry mieszkań wspomaganych na terenie gminy Biała dla jednej grupy **za łączną cenę brutto …………..………… zł (w tym VAT) co wynika z kalkulacji ceny brutto za udział jednej osoby ……………………… zł w szkoleniu x max. ilość osób 12 x 1 grupa.**
5. **W części nr 4:** Kompleksowa organizacja usługi szkoleniowej dla przyszłej kadry mieszkań wspomaganych na terenie Miasta Opola dla trzech grup **za łączną cenę brutto …………..………… zł (w tym VAT) co wynika z kalkulacji ceny brutto za udział jednej osoby ……………………… zł w szkoleniu x max. ilość osób 12 w jednej grupie   
   x 3 grupy.**
6. Jako wykonawca oświadczam, **na czas realizacji zamówienia w części nr 1 będę dysponować:** osobami, z których każda spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w SWZ, oraz w celu przeliczenia kryterium oceny ofert „Doświadczenie osób prowadzących szkolenia” wykazuję tj.:
7. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.
8. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.
9. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.

***(powielić dane - dodać punkty w przypadku większej ilości osób)***

1. Jako wykonawca oświadczam, **na czas realizacji zamówienia w części nr 2 będę dysponować:** osobami, z których każda spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w SWZ, oraz w celu przeliczenia kryterium oceny ofert „Doświadczenie osób prowadzących szkolenia” wykazuję tj.:
2. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.
3. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.
4. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.

***(powielić dane - dodać punkty w przypadku większej ilości osób)***

1. Jako wykonawca oświadczam, **na czas realizacji zamówienia w części nr 3 będę dysponować:** osobami, z których każda spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w SWZ, oraz w celu przeliczenia kryterium oceny ofert „Doświadczenie osób prowadzących szkolenia” wykazuję tj.:
2. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.
3. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.
4. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.

***(powielić dane- dodać punkty w przypadku większej ilości osób)***

1. Jako wykonawca oświadczam, **na czas realizacji zamówienia w części nr 4 będę dysponować:** osobami, z których każda spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w SWZ, oraz w celu przeliczenia kryterium oceny ofert „Doświadczenie osób prowadzących szkolenia” wykazuję tj.:
2. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.
3. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.
4. ………………………… (*imię i nazwisko)* ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń.

***(powielić dane - dodać punkty w przypadku większej ilości osób)***

Potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu wykażę w wykazie osób - na wezwanie Zamawiającego.

1. Oświadczam, iż Wykonawca wyraża zgodę na przetwarzanie przez Zamawiającego informacji zawierających dane osobowe oraz, że poinformował pisemnie i uzyskał zgodę każdej osoby, której dane osobowe są podane w ofercie oraz dokumentach składanych wraz z niniejszą ofertą lub będą podane w oświadczeniach i dokumentach złożonych przez Wykonawcę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.
2. Oświadczamy, iż Wykonawca wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
3. Jako Wykonawca oświadczam, że zapoznałem się ze dokumentami postępowania i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Jako Wykonawca Oświadczam, że przedmiot zamówienia wykonam:
5. siłami własnymi\*),
6. przy udziale podwykonawców\*)

\*) niepotrzebne skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa Podwykonawcy** | **Część przedmiotu zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Do oferty załączam następujące dokumenty (jeśli dotyczy, np. pełnomocnictwo):

………………………………………………

***Osoby uprawnione*** *do reprezentowania (działania na rzecz) wykonawcy wg zapisów właściwego rejestru np. Krajowego Rejestru Sądowego lub wypisu z ewidencji działalności gospodarczej lub stosownego pełnomocnictwa, dowód osobisty.*

………………………………………..

(podpis osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy)

***Informacja dla wykonawcy:***

*Oświadczenie (oferta) musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy* ***kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowodem).***