



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY

/ pieczętka nagłówkowa Wykonawcy/

/ miejscowość/dnia/

dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Sępólnie Krajeńskim z siedzibą w Sępólnie Krajeńskim, ul. Szkolna 8

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr OPS.341/3/POKL/1/10

/ nazwa i adres Wykonawcy /

numer telefonu numer faksu.

adres internetowy e-mail

REGON: NIP ...

1. oświadczamy, że oferujemy następujący przedmiot zamówienia za następującą cenę:

Przeprowadzenie kursu w zakresie przyuczenia do zawodu opiekunki osób starszych, chorych, niepełnosprawnych oraz kursu obsługi kasy fiskalnej dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym wraz z zapewnieniem sal oraz materiałów szkoleniowych w ramach projektu systemowego pt. „Twoja wiedza drogą do sukcesu!!!”

L.p	Tematy szkoleń	Liczba osób w grupie (po 1 grupie dla każdego szkolenia - ogółem liczba osób do przeszkolenia)	Cena za 1 dzień szkoleniowy dla grupy wraz z zapewnieniem sal szkoleniowych, materiałów szkoleniowych	Liczba dni szkoleniowych przypadająca na daną grupę	Cena za przeszkolenie pełnej ilości osób we wszystkie dni szkoleniowe wraz z zapewnieniem sal szkoleniowych, materiałów szkoleniowych
1	<i>Przyuczenie do zawodu opiekunki osób starszych, chorych i niepełnosprawnych</i>	8			
2	<i>Kurs obsługi kasy fiskalnej</i>	7			
ŁĄCZNIE CENA*					

Zadanie współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



UWAGA:

*Cena musi obejmować wartość całego przedmiotu zamówienia oraz podatek VAT (o ile wynika z właściwych przepisów).

2. oświadczamy, że uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,
3. oświadczamy, że akceptujemy warunki umowy, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do zapytania ofertowego. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy według przedstawionego wzoru.
4. oświadczamy, że **zapewnimy** wykwalifikowaną kadrę w postaci trenerów mogących zrealizować każde dane oferowane tematycznie szkolenie o odpowiednich kwalifikacjach:
5. oświadczamy, że **posiadamy** udokumentowane doświadczenie w należytej realizacji minimum dwóch usług szkoleniowych z dziedziny na potwierdzenie czego załączamy Wykaz zrealizowanych usług w zakresie przeprowadzenia cyklu szkoleń i konsultacji dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług*
6. Miejsca szkoleń będą następujące:

(podać miejsca i adresy proponowanych sal szkoleniowych)

7. W razie gdy łączna cena naszej oferty mieści się w budżecie, ale dane pozycje cenowe za realizację poszczególnych Tematów szkoleniowych, przekroczą zaplanowany budżet, **wyrażamy/nie wyrażamy*** zgodę/y na to, żeby Zamawiający przesunął ceny za realizację danych Tematów szkoleniowych w ramach łącznej ceny oferty, tj. bez zmiany ceny oferty.

8. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO WYKONAWCY:

9. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU ZE STRONY WYKONAWCY:

a/ imię i nazwisko : b/ stanowisko :

c/numer telefonu : d/numer faksu :

/ pieczętka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

* *niepotrzebne skreślić*