Załącznik nr 1

**OFERTA**

……………………

/pieczątka oferenta ………………………………

Miejscowość, dnia

Towarzystwo Pomocy

im. Św Brata Alberta Koło Łódzkie

ul. Nowe Sady 17

Łódź

Odpowiadając na skierowane do nas zapytanie ofertowe dotyczące zamówienia publicznego realizowanego na podstawie art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013r., poz.907 z późn. zm.), a dotyczącego: przeprowadzenia szkolenia zawodowego KUCHARZ MAŁEJ GASTRONOMII/POMOC KUCHNI dla 5-6 osób bezrobotnych i bezdomnych podopiecznych TPBA Koło Łódzkie, uczestników projektu „Azymut na zmiany – aktywizacja społeczno-zawodowa podopiecznych TPBA z Łodzi” realizowanego w ramach Osi Priorytetowej IX Włączenie społeczne działania dla Osi IX.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym Podziałanie IX.1.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**składamy ofertę następującej treści:**

**2.** Przyjmujemy do realizacji postawione przez zamawiającego, w zapytaniu ofertowym warunki.

**3.** Miejsce świadczenie usługi…………………………………………………………………………

**4.**Oświadczamy, że firma jest płatnikiem podatku VAT o numerze identyfikacyjnym NIP........................................................,

podpis osoby upoważnionej

Załącznik nr 2

..................................................

/miejscowość, data/

................................................................

/pieczęć firmowa wykonawcy/

**SZCZEGÓŁOWY PROGRAM SZKOLENIA**

**NAZWA: …………………………………………………………………………………………………**

DANE WYKONAWCY

Nazwa wykonawcy……………………………………………………………………

Siedziba wykonawcy ……….…………………………………………..……………………………………..

Numer telefonu/ fax, e-mail …………………………………………………………………………………………

Nawiązując do zapytania ofertowego na przeprowadzenia szkolenia zawodowego: KUCHARZ MAŁEJ GASTRONOMII/POMOC KUCHNI dla 5-6osób bezrobotnych i bezdomnych podopiecznych TPBA Koło Łódzkie, uczestników projektu „Azymut na zmiany – aktywizacja społeczno-zawodowa podopiecznych TPBA z Łodzi” realizowanego w ramach Osi Priorytetowej IX Włączenie społeczne działania dla Osi IX.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym Podziałanie IX.1.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

przedstawiam szczegółowy program szkolenia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zagadnienie/ Uszczegółowienie zagadnienia** | **Ilość godzin dydaktycznych**  **Szkolenia** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
| **7.** |  |  |
| **8.** |  |  |
| **9.** |  |  |
| **10.** |  |  |
| **11.** |  |  |
|  | **Razem: suma ilości godzin wynosi** | **70** |

.......................... ........................................................................

Miejscowość, data  pieczęć i podpis osoby reprezentującej wykonawcę/ów

Załącznik nr 3

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu wg wzoru stanowiącego

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Ja niżej podpisana/y

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

*(imię i nazwisko/ imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy\*)*

działając we własnym imieniu/ w imieniu i na rzecz Wykonawcy\*:

……………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko/nazwa Wykonawcy\*)*

**Oświadczam że:**

1) dysponuję kadrą posiadającą kwalifikacje i doświadczenie zawodowe niezbędne do wzięcia udziału w postępowaniu,

2) firma nie znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej mogącej budzić poważne wątpliwości co do możliwości prawidłowego wykonania zamówienia, nie wszczęto wobec firmy postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono upadłości, firma nie zalega z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,

*……………………………… ……………………………………………………*

miejscowość i data podpis Wykonawcy/podpis osoby upoważnionej

\*