**Załącznik nr 1**

*Wzór oferty*

Miejscowość, data ……………………..

……………………………..

Dane Oferenta

**Ośrodek Pomocy Społecznej w Toszku**

**ul. Rynek 11**

**44-180 Toszek**

Dotyczy: Realizacji projektu *„Gliwicki pakON II”* realizowanego przez MDS Centrum Wsparcia Biznesowego Mirella Doluk-Świerczek wraz z Partnerami projektu Gminą Toszek oraz Fundacją Rozwoju Lokalnego z Knurowa w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Osi Priorytetowej IX Włączenie społeczne Działania 9.1. Aktywna integracja Poddziałania 9.1.5. Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym

W sprawie: realizacji 24h (3 dni x 8h) szkolenia pn.**„Profilaktyka uzależnień i edukacja zdrowotna”**

W odpowiedzi na Państwa zapytanie ofertowe, na realizację szkolenia pn. **„Profilaktyka uzależnień i edukacja zdrowotna”** składam następującą propozycję cenową:

|  |  |
| --- | --- |
| **Całkowita stawka za godzinę edukacyjną świadczenia usługi w PLN** | **Całkowita stawka za max. 24 godziny edukacyjne świadczenia usługi w PLN** |
| …………………………………… | ……………………………………… |
| **Słownie:** | **Słownie:** |
| ……………………………………….............................………………………………………………………….…………………………………………………………..…………………………………………………………..………………………………………………………….. | ……………………………………….............................………………………………………………………….…………………………………………………………..…………………………………………………………..………………………………………………………….. |

Jednocześnie w załączeniu przedkładam:

1. Kserokopię certyfikatu specjalisty terapii uzależnień, potwierdzoną za zgodność z oryginałem\*,
2. Kserokopię dyplomu ukończenia studiów, potwierdzoną za zgodność z oryginałem\*,
3. CV wraz z klauzulą: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn.zm.) na potrzeby przeprowadzenia procesu rekrutacji.
4. Oświadczenia – Załącznik nr 2
5. Oświadczenie Podatkowe – Załącznik nr 3

**\*Dokumenty muszą zostać potwierdzone przez oferenta za zgodność z oryginałem wraz z datą.**

…………………………..……….

 Pieczęć/podpis Oferenta

**Załącznik nr 2**

*Oświadczenia*

Data:……………………

Imię: ………………………..

Nazwisko: ………………………..

Adres Oferenta ………………………..

**OŚWIADCZENIA DOT. POSTĘPOWANIA NA WYŁONIENIE WYKONAWCY SZKOLENIA PN. „PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ I EDUKACJA ZDROWOTNA”**

Oświadczam, że w miesiącu realizacji szkolenia pn. **„Profilaktyka uzależnień i edukacja zdrowotna”**

* moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Beneficjenta i innych podmiotów, nie przekroczy **276 godzin**.\*

Oświadczam, że posiadam:

* Doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi i zagrożonymi uzależnieniem,\*
* Doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych,\*
* Doświadczenie w prowadzeniu warsztatów z zakresu kształtowania umiejętności społecznych,\*
* Doświadczenie z zakresu prowadzenia warsztatów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.\*

Oświadczam, że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, w szczególności poprzez:

* Uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,\*
* Posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,\*
* Pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,\*
* Pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, bocznej drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.\*

……………………………………………………..

Własnoręczny podpis Oferenta

\*Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 3**

**Oświadczenie podatkowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Nazwisko rodowe |  |
| Imiona |  |
| Imię ojca |  |
| Imię matki |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| Nr PESEL |  |
| Nr NIP |  |
| Nr dowodu osobistego |  |
| Miejsce zamieszkania | Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miasto |  | Powiat |  |
| województwo |  | Gmina |  |
| Urząd Skarbowy | Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miasto |  | Powiat |  |
| województwo |  | Gmina |  |
| Oświadczam, że (**proszę zaznaczyć odpowiednie**)- dotyczy umów cywilnoprawnych |
| □ | jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę. Wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie w kwocie 2000,00 zł  |
| □ | jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę. Wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi mniej niż minimalne wynagrodzenie w kwocie 2000,00 zł  |
| □ | jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenie. Wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenie w kwocie brutto wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie w kwocie 2000,00 zł  |
| □ | jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenie. Wynagrodzenie z tytułu umowy zlecenie w kwocie brutto wynosi mniej niż minimalne wynagrodzenie w kwocie 2000,00 zł  |
| □ | jestem studentką/studentem (do 26 roku życia) lub uczennicą/uczniem (proszę załączyć kserokopię legitymacji studenckiej lub szkolnej) |
| □ | jestem osobą bezrobotną |
| □ | jestem zarejestrowany w Urzędzie Pracy |
| □ | podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników |
| □ | posiadam orzeczony stopień niepełnosprawności |
| □ | jestem emerytem/emerytką lub rencistą/rencistką |
| □ | ***nie*** prowadzę działalności gospodarczej |
| □ | prowadzę działalność gospodarczą  |
| □ | płacę składki emerytalne i rentowe od prowadzonej działalności gospodarczej |
| □ | ***nie*** płacę składek emerytalnych i rentowych od prowadzonej działalności gospodarczej |
| □ | zakres działalności gospodarczej ***nie*** pokrywa się z przedmiotem umowy  |
| □ | zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy podlegam obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym i wnoszę o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym |
| □ | zgodnie z powyższym oświadczeniem z tytułu wykonywania tej umowy wnoszę o objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi |
| Konto bankowe (nazwa banku/ nr rachunku) \*\* |  |
|  |

\*\* jeżeli rozliczenie ma nastąpić w formie przelewu

Zobowiązuję się do uzupełniania, aktualizowania oraz sprostowywania moich danych osobowych znajdujących się we wskazanych wyżej bazach.

………………………………………. ……………………………………….

data podpis