Załącznik nr 1 do ZO nr 18/WSH/EFS\_MNS/2020

**minimalny wykaz materiałów zużywalnych, narzędzi i środków ochrony indywidualnej, niezbędnych do realizacji przedmiotu zamówienia**

|  |  |
| --- | --- |
| **MATERIAŁY ZUŻYWALNE** | |
| ziemia uniwersalna min. 50 litrów | 40 sztuk |
| torf ukwaszony min. 60 litrów | 10 sztuk |
| rollborder strugany długość min. 180 cm | 10 sztuk |
| agrowłóknina min. 1mX2m | 10 sztuk |
| kora kamienna min. 20 kg | 15 sztuk |
| mix nasion wiosennych kwiatów min. 1 g | 25 szt. |
| mix roślin cebulowych min. 0,5 kg | 10 sztuk |
| drzewka owocowe (min. 3 rodzaje) | 30 sztuk |
| krzewy owocowe (min 2 rodzaje) | 30 sztuk |
| krzewy ozdobne (inne niż wymienione powyżej) | 20 sztuk |
| **NARZĘDZIA** | |
| garbie | 2 sztuki |
| grabie do liści | 1 sztuka |
| taczka | 1 sztuka |
| konewka stalowa | 2 sztuki |
| sekator ręczny | 2 sztuki |
| szpadel metalowy | 3 sztuki |
| widły | 1 sztuka |
| łopatka | 5 sztuk |
| **środków ochrony indywidualnej** | |
| buty gumowo-filcowe | 10 sztuk |
| rękawice robocze pazurki | 10 sztuk |
| rękawice zwykłe | 20 sztuk |

Załącznik nr 2 do ZO nr 18/WSH/EFS\_MNS/2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nazwa i adres, dane kontaktowe Wykonawcy |  | Miejscowość i data |

**FORMULARZ OFERTOWY**

dot. Zapytania ofertowego nr **18/WSH/EFS\_MNS/2020** dotyczącego **wyboru Wykonawców** na potrzeby realizacji projektu „**Młodzi na Start\_SL”**, nr *WND-RPSL.09.01.05-24- 046B/18-003*, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, OŚ PRIORYTETOWA IX *Włączenie społeczne,* DZIAŁANIE 9.1 *Aktywna integracja,* PODDZIAŁANIE 9.1.5 *Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym*.

Oświadczam w imieniu Wykonawcy, że uważam się za związanego ofertą przez **30 dni** od terminu jej składania oraz deklaruję możliwość realizacji usług zgodnie z przedmiotem zapytania ofertowego i wg warunków w nim określonych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Stawka za godz. zajęć**  **(PLN brutto)** | **Liczba godz.** | **Wartość ogółem**  **(PLN brutto)** |
| **1** | **A** | **B** | **C** | **D** |
| **2** | Przeprowadzenie szkolenia (kursu) zawodowego dla gr. 10 osób. |  | 80h |  |
| **3** | Przeprowadzenie egzaminu potwierdzającego nabyte kwalifikacje dla gr. 10 osób | | |  |
| **4** | **Cena oferty** | | |  |

**Oświadczam, iż:**

1. Cena oferty obejmuje koszt wykonania całego przedmiotu zamówienia w zakresie określonym zapytaniu ofertowym oraz jego załącznikach. Ceny jednostkowe za 1h zajęć (45 min.), wyszczególnione w formularzu ofertowym jest ceną ryczałtową obowiązującą w całym okresie rozliczeniowym objętym umową.
2. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału określone w niniejszym zapytaniu ofertowym, a oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie warunki określone zapytaniu ofertowym i załącznikach.
3. Oświadczam, że termin płatności wynosi do 30 dni.
4. Oświadczam, że przedmiot zamówienia wykonamy w terminie określonym w zapytaniu ofertowym i zgodnie z harmonogramem przedstawionym przez Zamawiającego

\*) *Cena oferty, podana w ofercie złożonej przez osobę fizyczną, musi zawierać wszystkie koszty i składniki wynagrodzenia, w tym również koszty pracodawcy (np.: zaliczka na podatek dochodowy, należne składki na ubezpieczanie społeczne).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | *Podpis Wykonawcy/Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy* |

Załącznik nr 3 do ZO nr 18/WSH/EFS\_MNS/2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nazwa i adres Wykonawcy |  | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

dot. Zapytania ofertowego nr **18/WSH/EFS\_MNS/2020** dotyczącego **wyboru Wykonawców** na potrzeby realizacji projektu „**Młodzi na Start\_SL”**, nr *WND-RPSL.09.01.05-24- 046B/18-003*, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, OŚ PRIORYTETOWA IX *Włączenie społeczne,* DZIAŁANIE 9.1 *Aktywna integracja,* PODDZIAŁANIE 9.1.5 *Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym*.

1. **o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że nie jestem powiązany/a z Wyższą Szkołą Humanitas oraz „PRO \_ INWEST” s.c. Andrzej Dobrowolski, Danuta Dobrowolska, Małgorzata Dobrowolska osobowo lub kapitałowo, przy czym przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się:

* uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
* posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IŻ PO
* pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
* pozostawanie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze wykonawcy, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

1. **o zapoznaniu się z obowiązkiem informacyjnym (RODO)**

Ja niżej podpisany/a oświadczam w imieniu Wykonawcy, że zapoznałem/łam się z warunkami dotyczącymi ochrony danych osobowych zawartych w **pkt. XIX** Zapytania ofertowego

1. **o walidacji i certyfikacji**

Ja niżej podpisany/a oświadczam w imieniu Wykonawcy posiadam uprawnienia bądź zapewnię w ramach usługi podmiot uprawniony do przeprowadzenia procesu walidacji oraz certyfikacji w zakresie prowadzonego szkolenia zgodnie z wymaganiami określonymi na stronie internetowej:

<https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/media/59719/zal_8_Material_o_kwalifikacjach_plus_lista_spr_09_07_2018.pdf>

W związku z powyższym wskazuję podmiot, który dokona:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nazwa i adres podmiotu** |
| **certyfikacji** |  |
| **walidacji** |  |

Oświadczam również, iż wskazany podmiot spełnia poniższe kryteria. Na potwierdzenie przedstawiam wypełnioną poniższą tabelę w ramach spełnienia warunków udziału w postępowaniu;

Tabela - ***Lista sprawdzająca do weryfikacji czy dany certyfikat/dokument można uznać za kwalifikację na potrzeby mierzenia wskaźników monitorowania EFS dot. uzyskiwania kwalifikacji***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PYTANIE** | ***TAK*** | ***NIE*** |
| *I. Uznawane kwalifikacje* | | |
| *1. Czy wydany dokument jest potwierdzeniem uzyskania kwalifikacji w zawodzie?* |  |  |
| *2. Czy dokument został wydany przez organy władz publicznych lub samorządów zawodowych na podstawie ustawy lub rozporządzenia?* |  |  |
| *3. Czy dokument potwierdza uprawnienia do wykonywania zawodu na danym stanowisku (tzw. uprawnienia stanowiskowe) i został wydany po przeprowadzeniu walidacji?* |  |  |
| *4. Czy dokument jest certyfikatem, dla którego wypracowano system walidacji i certyfikowania efektów uczenia się na poziomie międzynarodowym?* |  |  |
| **Jeżeli co najmniej jedna z odpowiedzi jest twierdząca, dany dokument można uznać za potwierdzający uzyskanie kwalifikacji.**  **Jeżeli na żadne z powyższych pytań nie udzielono odpowiedzi twierdzącej, należy przejść do pkt II.** | | |
| *II. Warunki uznania kwalifikacji[[1]](#footnote-1)* | | |
| *1. Czy dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji zawiera opis efektów uczenia się?* |  |  |
| *2. Czy procesy kształcenia oraz walidacji są realizowane z zapewnieniem rozdzielności funkcji?* |  |  |
| *3. Czy dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji jest rozpoznawalny i uznawalny w danej branży/sektorze, tzn. czy otrzymał pozytywne rekomendacje od:*   * *co najmniej 5 pracodawców danej branży/ sektorów lub* * *związku branżowego, zrzeszającego pracodawców danej branży/ sektorów?* |  |  |
| **Jeżeli na każde z powyższych pytań z części II listy odpowiedź jest twierdząca, dany dokument można uznać za potwierdzający uzyskanie kwalifikacji.** | | |

|  |
| --- |
| Podpis Wykonawcy/Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy |

Załącznik nr 4 do ZO nr 18/WSH/EFS\_MNS/2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nazwa, adres, nr tel. i adres e-mail Wykonawcy |  | Miejscowość i data |

**Doświadczenie w prowadzeniu w prowadzeniu kursów (szkoleń) zawodowych w zakresie przedmiotu zamówienia lub pokrewnym**

*spełnienie warunków udziału w postepowaniu*

Oświadczam w imieniu Wykonawcy, iż **spełniam/osoba skierowana do realizacji zamówienia spełnia** warunek udziału w postępowaniu (zgodnie z **pkt. VIII**. 1.2. Zapytania ofertowego) tj.: posiada minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe rozumiane jako prowadzenie kursów (szkoleń) zawodowych zgodnego z przedmiotem zamówienia lub pokrewnym w każdym z min. 2 lat w łącznym wymiarze min. 100h dydaktycznych. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeżeli Wykonawca lub osoba wskazana przez Wykonawcę do prowadzenia zajęć, zrealizowała min. 100h dydaktycznych w 2 wskazanych latach[[2]](#footnote-2) prowadzenia działalności/wykonywania czynności.

Imię i Nazwisko osoby rekomendowanej do prowadzenia zajęć: …………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Zakres tematyczny kursów (szkoleń) zawodowych | Odbiorca kursów (szkoleń) zawodowych  (Zleceniodawca) | Liczba godzin kursu (szkolenia) zawodowego | Daty rozpoczęcia i zakończenia kursu (szkolenia) zawodowego  **(dd-mm-rrrr)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Załączam dokumenty potwierdzające należyte wykonanie wskazanych usług:**

**……………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Podpis Wykonawcy/Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy |

Załącznik nr 5 do ZO nr 18/WSH/EFS\_MNS/2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nazwa, adres, nr tel. i adres e-mail Wykonawcy |  | Miejscowość i data |

**ARKUSZ OCENY PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO DANE OSOBOWE W ZWIĄZKU Z POWIERZENIEM PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

*spełnienie warunków udziału w postepowaniu*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyjaśnienie: Zgodnie z art. 28 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: Jeżeli przetwarzanie ma być dokonywane w imieniu administratora, powierza on dane jedynie takim podmiotom przetwarzającym, które zapewniają wystarczające gwarancje wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie spełniało wymogi niniejszego rozporządzenia i chroniło prawa osób, których dane dotyczą. | | | | |
| **L.p.** | **Pytania dla Wykonawcy** | **TAK** | **NIE** | **UWAGI** |
| 1 | Czy w Państwa organizacji zostały wdrożone wymagania określone w Rozporządzeniu 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)? |  |  |  |
| 2 | Czy w Państwa organizacji obowiązuje Polityka Bezpieczeństwa lub inny dokument(-y) regulujący(-ce) zasady ochrony danych osobowych? Jeżeli inny to proszę wskazać jaki w polu uwagi. |  |  |  |
| 3 | Czy dysponują Państwo Personelem przeszkolonym z zakresu ochrony danych osobowych (przynajmniej 1 osoba) |  |  |  |
| 4 | Czy dysponują Państwo odpowiednio zabezpieczonym programem antywirusowym sprzętem komputerowym umożliwiającym bezpieczne przetwarzanie danych osobowych w formie elektronicznej |  |  |  |
| 5 | Czy dysponują Państwo odpowiednio wyposażonymi i zabezpieczonymi pomieszczeniami umożliwiającymi bezpieczne przetwarzanie danych osobowych |  |  |  |
| **KOMENTARZ:** Jedynie udzielenie odpowiedzi "TAK" na wszystkie pytania ankiety lub wskazanie w rubryce "Uwagi" terminu i sposobu wypełnienia warunków umożliwiających odpowiedź TAK umożliwi podpisanie Umowy dotyczącej powierzenia danych osobowych a jednocześnie realizację zamówienia | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Podpis Wykonawcy/Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy |

1. **Jeżeli Wykonawca wypełni punkt II tabeli *Warunki uznania kwalifikacji* zobowiązany jest do przedstawienia kopii dokumentów potwierdzających pozytywne rekomendacjeokreślone w punkcie II.3. tabeli** [↑](#footnote-ref-1)
2. Przez rok Zamawiający rozumie przedział czasowy od 01.01 do 31.12 roku 2016, 2017, 2018, 2019 oraz od 01.01 do 26.08.2020r. [↑](#footnote-ref-2)