**ZZP.27236.2023.ED**

*Załącznik Nr 1*

**Formularz ofertowy**

**w postępowaniu którego przedmiotem jest świadczenie usług z zakresu doradztwa zawodowego**

**Zamówienie współfinansowane jest w ramach projektu pn. Zdolni z Pomorza - powiat malborski**

**Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa (firma) .........................................................................................................................................

Adres siedziby .........................................................................................................................................

Tel. ……………………………………………

E-mail .................................................................

W odpowiedzi na publiczne ogłoszenie o zamówieniu, którego przedmiotem jest świadczenie usług z zakresu doradztwa zawodowego w ramach projektu pn. „**Zdolni z Pomorza - powiat malborski**”, oferuję całkowitą cenę brutto:

**Cena brutto ……………................ zł za świadczenie ……….…. godzin doradztwa zawodowego, tj. za 1 godzinę ………………………….. zł**

Oświadczam, iż akceptuję miejsce świadczenia usług określone w ogłoszeniu i zobowiązuję się wykonać zamówienie zgodnie z wymaganiami niniejszego ogłoszenia.

Oświadczam, że podana wyżej cena obejmuje wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonywania przedmiotu zamówienia, w tym koszty ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego – w przypadku złożenia oferty przez osobę fizyczną nie będącą przedsiębiorcą. Zamawiający bowiem potrąci z wynagrodzenia zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz należne składki wynikające z ustawy o ubezpieczeniu społecznym oraz z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym właściwe dla pracownika i pracodawcy/ zleceniobiorcy/zleceniodawcy (dotyczy wykonawcy osoby fizycznej nie będącej przedsiębiorcą) w przypadku zaistnienia prawnego obowiązku w tym zakresie.

Ponadto oświadczam, że realizując zamówienie będę korzystał z następujących podwykonawców\*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Adres siedziby | NIP lub REGON | Część (zakres) zamówienia, którą powierzę do realizacji podwykonawcy |
| 1 |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |

\*Jeżeli wykonawca nie zamierza powierzać wykonania części zamówienia podwykonawcom, wówczas nie wypełnia tabeli. Jeśli wykonawca nie wypełni tabeli, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca nie zamierza korzystać z podwykonawców.

………………………………………………………………………..….

(czytelny podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy lub podpis i pieczęć)

**ZZP.27236.2023.ED**

*Załącznik Nr 2*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu określonych  
przez zamawiającego**

**(UWAGA: niniejsze oświadczenie należy załączyć do oferty)**

Przystępując do udziału w postępowaniu, oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w niniejszym postępowaniu; że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należytą realizację zamówienia, zgodnie z ogłoszeniem, oraz że posiadam wymaganą ogłoszeniem zdolność techniczną lub zawodową; nie jestem powiązany ani osobowo, ani kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

* + uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  + posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa,
  + pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  + pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Oświadczam również, że:

* Nie jestem zatrudniony/a w instytucji uczestniczącej w realizacji PO (rozumie się IZ PO lub instytucję, do której IZ POWER delegowała zadania związane z zarządzaniem PO) na podstawie stosunku pracy chyba, że nie zachodzi konflikt interesów lub podwójne finansowanie (zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).
* Po podpisaniu umowy z Zamawiającym moje łączne zaangażowanie zawodowe (w realizację projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zamawiającego i innych podmiotów) nie przekroczy 276 godzin miesięcznie.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby procesu wyboru wykonawcy.

• Na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz. 835) oświadczam, że:

- Nie zostałem wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

- Nie jestem beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655

……………………………………………………………………………….

(czytelny podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy lub podpis i pieczęć)

**ZZP.27236.2023.ED**

*Załącznik Nr 3*

**Wykaz dot. doświadczenia doradcy – spełnianie warunków i dodatkowa punktacja**

Warunek zostanie uznany za spełniony, jeżeli wykonawca wykaże, że na czas realizacji zamówienia będzie dysponował **co najmniej jedną osobą (doradcą zawodowym),** spełniającym następujące warunki:

* wykształcenie wyższe uzyskane na kierunku lub specjalności związanej z doradztwem zawodowym i/lub poradnictwem zawodowym albo wykształcenie wyższe i ukończone studia podyplomowe na kierunku lub specjalności związanej z doradztwem zawodowym i/lub poradnictwem zawodowym,
* Co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w pracy na stanowisku ściśle związanym z doradztwem i/lub poradnictwem zawodowym, zdobyte w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Rok** | **Wpisać w niniejszej tabeli okres obligatoryjny oraz okresy dodatkowo punktowanego doświadczenia osoby doradcy –– doświadczenie zawodowe w pracy na stanowisku doradcy zawodowego**  **Wpisać okresy - od dnia, miesiąca i roku do dnia, miesiąca i roku** | **Wpisać miejsce zdobywania doświadczenia – nazwę i adres punktu w którym osoba pracowała na stanowisku doradcy zawodowego** | **Wpisać poziom wykształcenia doradcy zawodowego**  **Wpisać kierunek/specjalność studiów**  **Wpisać kierunek i specjalność studiów podyplomowych** |
|  | | | | |
| **1** | 1 rok obligatoryjny, nie punktowany |  |  |  |
| **2** | 2 rok punktowany |  |  |
| **3** | 3 rok punktowany |  |  |
| **4** | 4 rok punktowany |  |  |
| **5** | 5 rok punktowany |  |  |
| **6** | 6 rok punktowany |  |  |
| **7** | 7 rok punktowany |  |  |
| **8** | 8 rok punktowany |  |  |
| **9** | 9 rok punktowany |  |  |
| **10** | 10 rok punktowany |  |  |
| **11** | 11 rok punktowany |  |  |
| **12** | 12 rok punktowany |  |  |
| **13** | 13 rok punktowany |  |  |

\*Przed podpisaniem umowy zamawiający zastrzega sobie prawo wglądu do dyplomu potwierdzającego wykształcenie doradcy

**…………….…………………………………………………………………**

(czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania

Wykonawcy lub podpis i pieczęć

**ZZP.27236.2023.ED**

Załącznik 4

**OŚWIADCZENIE**

**wykonawcy - osoby fizycznej - dotyczące**

**zaangażowania zawodowego**

W związku z przystąpieniem do realizacji projektu „Aktywni bez barier” oświadczam że1:

1. **Nie jestem/jestem (niepotrzebne skreślić)** jednocześnie zatrudniona/ny w instytucji uczestniczącej w realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 na podstawie stosunku pracy[[1]](#footnote-2). **W przypadku odpowiedzi przeczącej proszę przejść do pkt. 3.**
2. W przypadku mojego zatrudnienia **nie zachodzi/zachodzi (niepotrzebne skreślić)** konflikt interesów, bądź podwójne finansowanie[[2]](#footnote-3).
3. **Nie jestem/jestem (niepotrzebne skreślić) zaangażowany/na** w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł.
4. 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 i innych podmiotów wskazane w poniższej tabel**i**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa projektu oraz nr umowy o dofinansowanie/  Inne zaangażowanie zawodowe | Stanowisko | Data obowiązywania umowy (od – do) | Wymiar czasu pracy - umowa   o pracę | Wymiar godzin - umowa  cywilnoprawna |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

* 1. **nie przekracza/przekracza (niepotrzebne skreślić) 276 godzin miesięcznie,**
  2. **wyklucza/ nie wyklucza** możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich zadań powierzonych mi w ramach niniejszego projektu.

Oświadczam (jeśli dotyczy), iż pomimo łącznego zaangażowania 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, przekraczającego na dzień złożenia oferty 276 godzin miesięcznie, przed podpisaniem umowy z Zamawiającym dokonam czynności prawnych i faktycznych, które spowodują, iż na dzień podpisania umowy z Zamawiającym, moje łączne zaangażowanie w realizację innych projektów, nie będzie przekraczało wymiaru godzinowego, o którym mowa wyżej, i będzie możliwa realizacja zadań przewidzianych przedmiotem zamówienia

**Ponadto:**

1. Zobowiązuję się do niepodejmowania żadnych zadań zawodowych w okresie mojego zaangażowania w realizację projektu *„*Aktywni bez barier*”*, które spowodowałyby obciążenie wykluczające możliwość prawidłowej realizacji powierzonego mi zadania w ramach projektu i/lub przekroczenie progu 276 godzin zaangażowania zawodowego miesięcznie.
2. Zobowiązuję się do prowadzenia ewidencji godzin pracy wszystkich realizowanych przeze mnie zadań zawodowych, która spełniała będzie również rolę protokołu odbioru wykonania zadania (zawierającego liczbę oraz ewidencję godzin pracy) zgodnie z wzorem opracowanym przez Realizatora Projektu. Zostałem poinformowany, iż ww. ewidencja zawierała będzie informację nt. osiągniętych przeze mnie dochodów z wszystkich wykonywanych umów, w tym z tytułu prowadzenia własnej działalności gospodarczej celem ustalenia tytułu do ubezpieczenia społecznego.
3. Oświadczam, że zostałem pouczony/a o obowiązku niezwłocznego powiadomienia Zamawiającego, o każdej zmianie dotyczącej mojej sytuacji zawodowej określonej w niniejszym oświadczeniu, w tym m.in. o: zatrudnieniu w instytucji uczestniczącej w realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 na podstawie stosunku pracy oraz o zaangażowaniu w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł.
4. Zostałem poinformowany, iż wypłacane mi wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy zawartej w ramach projektu „Aktywni bez barier” finansowane będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji Projektu pn. „Aktywni bez barier”, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020), współfinansowanego z EFS.

………………………………………………………………….……………

(czytelny podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy lub podpis i pieczęć)

1. 1. Jako instytucję uczestniczącą w realizacji RPO WP rozumie się IZ, IP i IW. [↑](#footnote-ref-2)
2. Konflikt interesów jest rozumiany jako naruszenie zasady bezinteresowności i bezstronności tj.; w szczególności: przyjmowanie jakichkolwiek form zapłaty za wykonywanie zadań mających związek lub kolidujących ze stanowiskiem służbowym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub zajęcia zarobkowego mogącego mieć negatywny wpływ na sprawy prowadzone w ramach obowiązków służbowych, prowadzenie szkoleń, o ile mogłoby to mieć negatywny wpływ na bezstronność prowadzenia spraw służbowych. [↑](#footnote-ref-3)