Załącznik nr 1 do SWZ

...................................................... ***ZP – 15u/22***

 /nazwa i adres firmy/

 **O F E R T A**

 **dla Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu**

Nazwa i adres Wykonawcy: ..............................................................................................................................

Numer telefonu/fax: ........................... E-mail ……………………… NIP……………………

w związku z ogłoszeniem postępowania w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji (art. 275 pkt 1) o wartości zamówienia nieprzekraczającej progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129) na: „Zorganizowanie i przeprowadzenie certyfikowanych szkoleń zamkniętych podnoszących kompetencję kadry Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. K. Pułaskiego w Radomiu w systemie szkolnictwa wyższego w zakresie pracy z osobami z niepełnosprawnościami (OzN)
z zapewnieniem lunchu”,opublikowanym w Biuletynie Zamówień Publicznych oraz na stronie internetowej Zamawiającego, oferujemy realizację zamówienia:

 **Część A:**

 **1.KRYTERIUM CENA „C”**

 **za cenę BRUTTO za 96 osób** w wysokości: ……………………………………..…… zł

 **w tym:**

1. **za szkolenie za 96 osób** w wysokości:………………….……… złotych brutto
2. **za lunch za 96 osób** w wysokości : ………………………………złotych brutto,

w tym **netto** …………………. zł.

 **Cena brutto za szkolenie za 1 uczestnika wynosi: ……………………….**

 **Cena brutto za lunch za 1 uczestnika ………………. w tym cena netto ………………**

 **2. DOŚWIADCZENIE OSÓB DEDYKOWANYCH DO PROWADZENIA SZKOLEŃ „D”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie osób dedykowanych do prowadzenia szkoleń „D”** | **Wstawić znak X w miejsce ilości wykonanych szkoleń**  |
| **101-150h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |
| **151-200h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |
| **201-250h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |

**3. KRYTERIUM BEZKOSZTOWEJ ZMIANY TERMINU SZKOLENIA NA TRZY DNI PRZED SZKOLENIEM„O”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kryterium bezkosztowej zmiany terminu szkolenia na trzy dni przed szkoleniem „O”** | **TAK**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę  | **NIE**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę |
| **Oświadczam, że zgadzam się: na bezkosztową zmianę terminu przez Zamawiającego zaplanowanego terminu szkolenia na trzy dni przed uzgodnioną z Zamawiającym datą realizacji szkolenia.** |  |  |

**Termin realizacji: do 30 września 2022r.**

 **Część B:**

 **1.KRYTERIUM CENA „C”**

 **za cenę BRUTTO za 192 osoby** w wysokości: ……………………………………..…… zł

 **w tym:**

1. **za szkolenie za 192 osoby** w wysokości:………………….……… złotych brutto
2. **za lunch za 192 osoby** w wysokości : ………………………………złotych brutto, w tym **netto** …………………. zł.

 **Cena brutto za szkolenie za 1 uczestnika wynosi: ……………………….**

 **Cena brutto za lunch za 1 uczestnika ………………. w tym cena netto ………………**

 **2. DOŚWIADCZENIE OSÓB DEDYKOWANYCH DO PROWADZENIA SZKOLEŃ „D”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie osób dedykowanych do prowadzenia szkoleń „D”** | **Wstawić znak X w miejsce ilości wykonanych szkoleń**  |
| **101-150h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |
| **151-200h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |
| **201-250h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |

**3. KRYTERIUM BEZKOSZTOWEJ ZMIANY TERMINU SZKOLENIA NA TRZY DNI PRZED SZKOLENIEM„O”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kryterium bezkosztowej zmiany terminu szkolenia na trzy dni przed szkoleniem „O”** | **TAK**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę  | **NIE**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę |
| **Oświadczam, że zgadzam się: na bezkosztową zmianę terminu przez Zamawiającego zaplanowanego terminu szkolenia na trzy dni przed uzgodnioną z Zamawiającym datą realizacji szkolenia.** |  |  |

**Termin realizacji: do 31 październik 2022r.**

 **Część C:**

 **1.KRYTERIUM CENA „C”**

 **za cenę BRUTTO za 192 osoby** w wysokości: ……………………………………..…… zł

 **w tym:**

1. **za szkolenie za 192 osoby** w wysokości:………………….……… złotych brutto
2. **za lunch za 192 osoby** w wysokości : ………………………………złotych brutto, w tym **netto** …………………. zł.

 **Cena brutto za szkolenie za 1 uczestnika wynosi: ……………………….**

 **Cena brutto za lunch za 1 uczestnika ………………. w tym cena netto ………………**

 **2. DOŚWIADCZENIE OSÓB DEDYKOWANYCH DO PROWADZENIA SZKOLEŃ „D”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie osób dedykowanych do prowadzenia szkoleń „D”** | **Wstawić znak X w miejsce ilości wykonanych szkoleń**  |
| **101-150h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,** |  |
| **151-200h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |
| **201-250h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |

**3. KRYTERIUM BEZKOSZTOWEJ ZMIANY TERMINU SZKOLENIA NA TRZY DNI PRZED SZKOLENIEM„O”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kryterium bezkosztowej zmiany terminu szkolenia na trzy dni przed szkoleniem „O”** | **TAK**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę  | **NIE**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę |
| **Oświadczam, że zgadzam się: na bezkosztową zmianę terminu przez Zamawiającego zaplanowanego terminu szkolenia na trzy dni przed uzgodnioną z Zamawiającym datą realizacji szkolenia.** |  |  |

**Termin realizacji: do 30 listopada 2022r.**

 **Część D:**

 **1.KRYTERIUM CENA „C”**

 **za cenę BRUTTO za 192 osoby** w wysokości: ……………………………………..…… zł

 **w tym:**

1. **za szkolenie za 192 osoby** w wysokości:………………….……… złotych brutto
2. **za lunch za 192 osoby** w wysokości : ………………………………złotych brutto, w tym **netto** …………………. zł.

 **Cena brutto za szkolenie za 1 uczestnika wynosi: ……………………….**

 **Cena brutto za lunch za 1 uczestnika ………………. w tym cena netto ………………**

 **2. DOŚWIADCZENIE OSÓB DEDYKOWANYCH DO PROWADZENIA SZKOLEŃ „D”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie osób dedykowanych do prowadzenia szkoleń „D”** | **Wstawić znak X w miejsce ilości wykonanych szkoleń**  |
| **101-150h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |
| **151-200h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |
| **201-250h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |

**3. KRYTERIUM BEZKOSZTOWEJ ZMIANY TERMINU SZKOLENIA NA TRZY DNI PRZED SZKOLENIEM„O”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kryterium bezkosztowej zmiany terminu szkolenia na trzy dni przed szkoleniem „O”** | **TAK**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę  | **NIE**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę |
| **Oświadczam, że zgadzam się: na bezkosztową zmianę terminu przez Zamawiającego zaplanowanego terminu szkolenia na trzy dni przed uzgodnioną z Zamawiającym datą realizacji szkolenia.** |  |  |

**Termin realizacji: do 30 listopada 2022r.**

 **Część E:**

 **1.KRYTERIUM CENA „C”**

 **za cenę BRUTTO za 24 osoby** w wysokości: ……………………………………..…… zł

 **w tym:**

1. **za szkolenie za 24 osoby** w wysokości:………………….……… złotych brutto
2. **za lunch za 24 osoby** w wysokości : ………………………………złotych brutto, w tym **netto** …………………. zł.

 **Cena brutto za szkolenie za 1 uczestnika wynosi: ……………………….**

 **Cena brutto za lunch za 1 uczestnika ………………. w tym cena netto ………………**

 **2. DOŚWIADCZENIE OSÓB DEDYKOWANYCH DO PROWADZENIA SZKOLEŃ „D”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doświadczenie osób dedykowanych do prowadzenia szkoleń „D”** | **Wstawić znak X w miejsce ilości wykonanych szkoleń**  |
| **101-150h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |
| **151-200h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |
| **201-250h szkoleń/kursów/zajęć o tematyce wsparcia osób z niepełnosprawnością,**  |  |

**3. KRYTERIUM BEZKOSZTOWEJ ZMIANY TERMINU SZKOLENIA NA TRZY DNI PRZED SZKOLENIEM„O”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kryterium bezkosztowej zmiany terminu szkolenia na trzy dni przed szkoleniem „O”** | **TAK**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę  | **NIE**Wstawić znak X w odpowiednią rubrykę |
| **Oświadczam, że zgadzam się: na bezkosztową zmianę terminu przez Zamawiającego zaplanowanego terminu szkolenia na trzy dni przed uzgodnioną z Zamawiającym datą realizacji szkolenia.** |  |  |

**Termin realizacji: do 30 września 2022r.**

1. oświadczamy, że w cenie ofertowej ujęto wszelkie koszty niezbędne do realizacji zamówienia podatki, cła itp.
2. akceptujemy warunki płatności wymagane przez Zamawiającego tj. zapłata nastąpi przelewem **w ciągu 21 dni** od otrzymania faktury wystawionej na podstawie protokołu odbioru końcowego.
3. zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
5. w przypadku wyboru naszej oferty w niniejszym postępowaniu zatrudnimy lub delegujemy do realizacji niniejszego zamówienia osobę zatrudnioną, zgodnie z treścią art. 95 ust. 1 PZP, wykonującą czynności opisane w rozdziale XXI pkt 1 SWZ.
6. w przypadku wyboru naszej oferty w zakresie zatrudnienia osób, o których mowa w **art. 96 ust. 2 pkt 2 e)** ustawy Pzp oświadczamy, że zatrudnimy lub delegujemy do realizacji przedmiotu zamówienia 1 osobę z orzeczeniem o niepełnosprawności na umowę zlecenia, umowę o dzieło lub umowę o pracę.
7. zawarte w SWZ projektowane postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy po zaoferowanej wyżej cenie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Na podstawie art. 18 ust. 3 ustawy – Prawo zamówień publicznych oświadczamy, że żadne z informacji zawartych w ofercie nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji/wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania[[1]](#footnote-1):

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

1. W przypadku utajnienia informacji zawartych w ofercie należy poniżej wykazać, że utajnione informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa:

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

1. Oświadczamy, iż wybór naszej oferty będzie prowadził/nie będzie prowadził[[2]](#footnote-2) do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów
i usług.

W przypadku treści pozytywnej proszę wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego oraz wartość tego towaru lub usług bez kwoty podatku:

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

Treść pozytywna będzie powodowała obowiązek doliczenia przez Zamawiającego do ceny oferty Wykonawcy podatku od towarów i usług.

1. Zakres prac przewidziany do zlecenia **podwykonawcom[[3]](#footnote-3):**

(*wskazać zakres prac oraz firmy podwykonawców* ***jeżeli są na tym etapie znani****)*:

* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODOwobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Oświadczam, że** *(właściwe zakreślić)***:**

mikroprzedsiębiorstwem

 małym przedsiębiorstwem

 średnim przedsiębiorstwem

 dużym przedsiębiorstwem

 jednoosobową działalnością gospodarczą

 osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

*Zgodnie z artykułem 2 załącznika nr I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.:*

*a) do kategorii mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw („MŚP”) należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR,*

*b) małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR,*

 *c) mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR*

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

/ miejscowość , data / / podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy**/**

*(Dokument musi być złożony pod rygorem nieważności*

*w formie elektronicznej opatrzony podpisem zaufanym/*

*osobistym/kwalifikowalnym podpisem elektronicznym)*

1. Niepotrzebne skreślić. W przypadku zawarcia w ofercie informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa należy wskazać ich zakres. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić. W przypadku powstania obowiązku podatkowe podać dodatkowe informacje zgodnie ze wskazanym zakresem. [↑](#footnote-ref-2)
3. Nie uzupełnienie treści oświadczenia stanowi podstawę przyjęcia przez Zamawiającego, iż Wykonawca wykona zamówienie samodzielnie. [↑](#footnote-ref-3)