Olsztyn, dnia 24 listopada 2021 roku

**ZAPYTANIE O CENĘ NR G784/1/ZOC/1**

**I. Nazwa i adres Zamawiającego**

Edukacyjna Szansa AZIRO Luiza Włoch
ul. Żeromskiego 5/1A
10-351 Olsztyn
e-mail: edukacyjnaszansa@op.pl
tel.:500 504 219

Zwanym dalej Zamawiającym

Osoba do kontaktu w sprawach związanych z zapytaniem: Luiza Włoch

**II. Przedmiot zamówienia**

Kod CPV: 80500000- 9 Usługi szkoleniowe

Kod CPV: 80530000-8 Usługi szkolenia zawodowego

**III. Opis przedmiotu zamówienia**

Celem zamówienia jest wyłonienie wykonawców, którzy przeprowadzą szkolenia dla grup docelowych projektu "Razem dbamy o siebie i rozwijamy się" o numerze RPWM.09.01.00-14-G784/20, tj: 60 osób bez pracy pow. 18 roku życia, zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które w pierwszej kolejności wymagają aktywizacji społecznej, zamieszkałe w powiecie ostrowskim w gminach: Brok (miasto), Brok (obszar wiejski), Małkinia Górna, Zaręby Kościelne. Zamówienie realizowane będzie według wymagań Zamawiającego.

1. Podmioty prowadzące szkolenia muszą posiadać wpis do RIS prowadzonych przez właściwy terytorialnie WUP w celu zapewnienia odpowiedniej jakości wsparcia.
2. Wykonawca jest zobligowany do:
	1. prowadzenia dzienników zajęć,
	2. sporządzania listy obecności,
	3. sporządzenia protokołów z egzaminów,
	4. opracowania testów wiedzy dla Uczestników i przeprowadzenia ich na początku i końcu wsparcia,
	5. przeprowadzenia ankiet oceny szkolenia według wzoru Zamawiającego.
	6. dostarczenia pozostałych dokumentów wymaganych przez Zamawiającego
	7. dostarczenia powyższych dokumentów do Zamawiającego w ciągu max. 7 dni po zakończeniu szkolenia
	8. przygotowania materiałów dydaktycznych, które powinny być odpowiednio oznakowane (informacja o współfinansowaniu)
	9. oznakowania sal szkoleniowych materiałami promocyjnymi (informacja o współfinansowaniu)
	10. zapewnienia sal szkoleniowych zgodne z wymogami BHP i odpowiadające potrzebom osób z grupy docelowej ze szczególnym uwzględnieniem osób z niepełnosprawnością tj. lokale, w których będą prowadzone zajęcia dla osób z niepełnosprawnością wyposażone w windy, podjazdy dla wózków inwalidzkich, dostosowane toalety itp
3. Szkolenia muszą zakończyć się egzaminem wewnętrznym. Szkolenia prowadzące do nabycia kwalifikacji muszą zakończyć się egzaminem zewnętrznym.
4. Uczestnik otrzyma certyfikat/ zaświadczenie/ dyplom.
5. Zapewniony zostanie proces walidacji efektów uczenia się i certyfikacji - zgodny z Wytycznymi MIiR w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji PO na lata 2014-20.
6. Częstotliwość spotkań: średnio 4-5 x tyg.; max.8 h/dzień, a dla osób z niepełnosprawnościami w stopniu umiarkowanym i znacznym max.7h/dzień.
7. Wykonawca szkoleń zapewni Uczestnikom: odpowiednich wykładowców/ trenerów odpowiednią salę.
8. Materiały szkoleniowe zawierają co najmniej: podręczniki, teczka, notes, długopis
9. Wykonawca opłaci koszt egzaminów zewnętrznych dla Uczestników.
10. Zamawiający wypłaci Uczestnikom stypendia szkoleniowe i opłaci koszty cateringu.
11. Wykładowca/ trener powinien spełnić następujące wymagania:
12. wykształcenie wyższe/ zawodowe odpowiednie do zakresu szkoleniowego;
13. kwalifikacje i doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie nie krótsze niż 2 lata.
14. Miejsce realizacji: powiat ostrowski w gminach: Brok (miasto), Brok (obszar wiejski), Małkinia Górna, Zaręby Kościelne.
15. Podczas pracy należy uwzględnić wszystkie zalecenia merytoryczne i organizacyjne Zamawiającego.
16. Efektem pracy Wykonawcy będzie przeprowadzenie wskazanych zajęć oraz przekazanie Zamawiającemu po ukończeniu zajęć:
	1. wypełnionej listy obecności
	2. wypełnionego dziennika zajęć
	3. wypełnionych testów
	4. wypełnionych ankiet
	5. sporządzonego protokołu odbioru wykonania zleconej usługi szkoleniowej
	6. przygotowania sprawozdań z przeprowadzonej usługi
	7. kopii certyfikatów/ zaświadczeń/ dyplomów Uczestników
	8. pozostałych dokumentów wymaganych przez Zamawiającego
17. Zadanie musi być wykonane maksymalnie do dnia 31 sierpnia 2022 r.
18. Płatności mogą następować na podstawie rachunków / faktur częściowych.
19. Wynagrodzenie jest finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
20. Wykonawca musi posiadać odpowiednie uprawnienia do prowadzenia zajęć z wybranego obszaru.

**IV. Miejsce i termin składania oferty**

1. Ofertę złożyć należy do dnia 26.11.2021 r. do godz. 15.00 osobiście - do biura projektu – Edukacyjna Szansa AZIRO, ul. Żeromskiego 5/1A, 10-351 Olsztyn lub za pośrednictwem poczty, bądź przesłać e-mail na: edukacyjnaszansa@op.pl

**DANE OFERENTA**

**SZACOWANIE NR G784/1/SZAC/1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Nazwa firmy** |  |
| **Dane kontaktowe (osoba do kontaktu)** |  |
| **NIP/ PESEL** |  |
| **Podpis/ pieczęć** |  |

**Oświadczam, że:**

**- powyższe dane są zgodne z prawdą**

**…………………………………………………………………………………….**

**Podpis osoby uprawnionej**

**FORMULARZ OFERTOWY DO**

**ZAPYTANIA O CENĘ NR G784/1/ZOC/1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj szkolenia** | **Przewidywana****liczba Uczestników** | **Proszę zaznaczyć rodzaj deklarowanego szkolenia (x)** | **Cena brutto za osobę** | **Cena brutto za osobę słownie** |
| Pracownik biurowy | **7** |  |  |  |
| Sprzedawca | **4** |  |  |  |
| Pracownik gospodarczy | **2** |  |  |  |
| Podstawowy kurs manicure  | **1** |  |  |  |
| Opiekun osób starszych | **2** |  |  |  |
| Kurs masażu klasycznego I stopnia | **1** |  |  |  |
| Pomoc kuchenna | **1** |  |  |  |

**Oświadczam, że posiadam:**

**- odpowiednią zdolność techniczną do wykonania zamówienia,**

**- odpowiedni potencjał finansowy i organizacyjny do wykonania zamówienia**

**…………………………………………………………………………………….**

**Podpis osoby uprawnionej**

**Załącznik nr 1**

**ZAPYTANIE O CENĘ Nr G784/1/ZOC/1**

**FORMULARZ POTWIERDZAJĄCY WIEDZĘ I DOŚWIADCZENIE EKSPERTA**

**DLA WYBRANYCH CZĘŚCI ZAPYTANIA**

(załącznik należy wypełnić dla każdej części oddzielnie)

………………………………………

*miejscowość i data*

………………………………………..
*nazwa i adres Wykonawcy*

Imię i nazwisko eksperta ………………………………………………………………………..

Wykształcenie: ………….……………………………………………………………………………….

**Proszę o wykazanie całkowitego czasu pracy dydaktycznej przeprowadzonej przez proponowanego eksperta w okresie min. 2 lat od momentu ogłoszenia niniejszego postępowania.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj pracy** **(proszę o podanie podstawy prawnej – np. um. o pracę, dyplom ukończenia studiów, zdobyte szkolenia i kwalifikacje, itp.; proszę o precyzyjne zapisy pozwalające na jednoznaczne stwierdzenie związku z tematyką niniejszego zapytania)** | **Czas trwania (ilość godzin)** | **Data realizacji (okres)** | **Nazwa i adres****placówki/ organizatora/ firmy wystawiającej referencje itd.**  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| ….. |  |  |  |  |

Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są zgodne z prawdą. Na wezwanie mogę dostarczyć wszelkie dokumenty potwierdzające prawdziwość powyższych informacji.\*

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

*pieczęć i podpis/-y osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*