**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**Nr zapytania: NE/72/2018/E**

**FORMULARZ OFERTOWY**

na wykonywanie usługi związanej z pełnieniem funkcji Ewaluatora opisu informacji o zawodzie,
nr zapytania NE/72/2018/E

Odpowiadając na Zapytanie Ofertowe nr NE/72/2018/E z dnia 4.06.2018 r. w postępowaniu zgodnym z zasadą konkurencyjności, projekt pn. „Rozwijanie, uzupełnianie i aktualizacja informacji o zawodach oraz jej upowszechnianie za pomocą nowoczesnych narzędzi komunikacji – INFODORADCA+”, nr umowy POWR.02.04.00-00-0060/16-00, składam następującą ofertę:

|  |
| --- |
| **Deklaracja zawodu, dla którego Oferent składa ofertę** |
| Kod zawodu i nazwa zawodu, zgodnie z Załącznikiem nr 1 do Zapytania Ofertowego – Listą zawodów  |  |
| **Dane Oferenta, który jest osobą fizyczną** |
| Nazwisko i imię  |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres e-mail  |  |
| Telefon do kontaktu |  |
| Aktualne miejsce pracy:* nazwa i adres
* stanowisko/funkcja
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Warunki udziału**  | **Spełnienie warunków**(Wypełnia Komisja Rekrutacyjna) |
| **Wykształcenie wyższe**  |
| **Wykształcenie wyższe** | Tak/Nie |
| Nazwa uczelni, kierunek, specjalność |  |
| Uzyskany tytuł / stopień naukowy |  |
| **Co najmniej 5-letnie doświadczenie w instytucjach/podmiotach (i/lub przynależności do nich) reprezentujących partnerów społecznych (organizacje pracodawców i pracowników), stowarzyszeniach branżowych/sektorowych i zawodowych, samorządzie gospodarczym, samorządzie gospodarczym rzemiosła, samorządach zawodowych lub innych instytucjach/organizacjach zajmujących się doskonaleniem, walidacją i certyfikacją kwalifikacji/kompetencji zawodowych, w obszarach powiązanych z danym zawodem/grupą zawodów.** |
| Liczba lat pracy/przynależnościw instytucjach/podmiotach reprezentujących partnerów społecznych (organizacje pracodawców i pracowników), stowarzyszeniach branżowych/sektorowych i zawodowych, samorządzie gospodarczym, samorządzie gospodarczym rzemiosła, samorządach zawodowych lub innych instytucjach/organizacjach zajmujących się doskonaleniem, walidacją i certyfikacją kwalifikacji/kompetencji zawodowych, w obszarach powiązanych z danym zawodem/grupą zawodów**.** | .............lat*Informacje muszą być spójne z punktem DP poniżej* | Tak/Nie |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium oceny** | **Przyznana liczba punktów****(max. 100)**(Wypełnia Komisja Rekrutacyjna) |
| **C – Cena brutto\*** **w walucie polskiej z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku***\*Cena zaproponowana i ustalona w ofercie jest ceną brutto (zawierającą zaliczkę na podatek dochodowy i ubezpieczenie społeczne oraz wszelkie inne podatki i opłaty wynikające z obowiązujących przepisów prawa dotyczących rozliczenia umowy cywilno-prawnej z osobą fizyczną) i musi zawierać wszelkie koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia. Cena oferowana podana przez Oferenta obowiązuje przez okres ważności umowy i nie podlega waloryzacji.* (max 30 punktów) |
| **Cena:**  | ……………………………..…… zł brutto (słownie:…………………………………………………………...…………………………… złotych brutto) |  |
| **DP - doświadczenie w pracy w instytucjach/podmiotach (i/lub przynależności do nich) reprezentujących partnerów społecznych (organizacje pracodawców i pracowników),**stowarzyszeniach branżowych/sektorowych i zawodowych, samorządzie gospodarczym, samorządzie gospodarczym rzemiosła, samorządach zawodowych lub innych instytucjach/organizacjach zajmujących się doskonaleniem, walidacją i certyfikacją kwalifikacji/kompetencji zawodowych, w obszarach powiązanych z zawodem/grupą zawodów, dla którego przygotowywana będzie informacja o zawodzie.(max 40 punktów) |
| * Nazwa instytucji/podmiotu
* Okres (od MM.RRRR do MM.RRRR)
* Opis doświadczenia (stanowisko, forma przynależności itp.)
 |  |  |
| * Nazwa instytucji/podmiotu
* Okres (od MM.RRRR do MM.RRRR)
* Opis doświadczenia (stanowisko, forma przynależności itp.)
 |  |
| * Nazwa instytucji/podmiotu
* Okres (od MM.RRRR do MM.RRRR)
* Opis doświadczenia (stanowisko, forma przynależności itp.)
 |  |
| * Nazwa instytucji/podmiotu
* Okres (od MM.RRRR do MM.RRRR)
* Opis doświadczenia (stanowisko, forma przynależności itp.)
 |  |
| * Nazwa instytucji/podmiotu
* Okres (od MM.RRRR do MM.RRRR)
* Opis doświadczenia (stanowisko, forma przynależności itp.)
 |  |  |
| **DIRP – doświadczenie we współpracy z Instytucjami Rynku Pracy\* (IRP) w ciągu ostatnich 15 lat**(max 15 punktów) |
| * Nazwa przedsięwzięcia/projektu/zamówienia realizowanego dla IRP
* Rok udziału
* Opis doświadczenia (rola, wykonywane czynności)
 |  |  |
| * Nazwa przedsięwzięcia/projektu/zamówienia realizowanego dla IRP
* Rok udziału
* Opis doświadczenia (rola, wykonywane czynności)
 |  |
| * Nazwa przedsięwzięcia/projektu/zamówienia realizowanego dla IRP
* Rok udziału
* Opis doświadczenia (rola, wykonywane czynności)
 |  |
| * Nazwa przedsięwzięcia/projektu/zamówienia realizowanego dla IRP
* Rok udziału
* Opis doświadczenia (rola, wykonywane czynności)
 |  |
| **UP – doświadczenie, w ciągu ostatnich 15 lat, w zakresie opracowywania, opiniowania, konsultowania materiałów zawodoznawczych dotyczących standardów kwalifikacji i/lub kompetencji zawodowych oraz innych form informacji o zawodach warunkujących wykonywanie zawodu (np. charakterystyki i profile kwalifikacyjne, opisy stanowisk pracy i inne).**(max 10 punktów) |
| * Nazwa przedsięwzięcia/projektu/zamówienia realizowanego dla IRP
* Rok udziału
* Opis doświadczenia (rola, wykonywane czynności)
 |  |  |
| * Nazwa przedsięwzięcia/projektu/zamówienia realizowanego dla IRP
* Rok udziału
* Opis doświadczenia (rola, wykonywane czynności)
 |  |
| * Nazwa przedsięwzięcia/projektu/zamówienia realizowanego dla IRP
* Rok udziału
* Opis doświadczenia (rola, wykonywane czynności)
 |  |
| * Nazwa przedsięwzięcia/projektu/zamówienia realizowanego dla IRP
* Rok udziału
* Opis doświadczenia (rola, wykonywane czynności)
 |  |
| **S – aspekt społeczny**Za spełnienie kryterium uważa się sytuację, w której Oferent jest osobą:* niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.)
* bezrobotną w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 poz. 1065 z późn. zm.)
* do 30. roku życia, posiadającą status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia
* po ukończeniu 50. roku życia, posiadającą status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia

 (max 5 punktów za spełnienie któregokolwiek z kryteriów) |
| Oferent jest osobą niepełnosprawną/bezrobotną/bez zatrudnienia poniżej 30. roku życia/bez zatrudnienia po ukończeniu 50. roku życia \*:🞎 TAK🞎 NIE\* *zaznaczyć* właściwą *odpowiedź* |  |

Oświadczam, że:

1. akceptuję termin i warunki realizacji usługi przedstawione w Zapytaniu Ofertowym (Nr zapytania: NE/72/2018/E;
2. mam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych;
3. nie byłem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub za umyślne przestępstwo skarbowe;
4. posiadam stosowne kompetencje do wykonywania zadań określonych w Zapytaniu Ofertowym;
5. uzyskałem/am od Zamawiającego wszelkie informacje niezbędne do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty;
6. zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego;
7. na prośbę Zamawiającego zobowiązuję się dostarczyć dokumenty potwierdzające informacje zawarte w formularzu ofertowym dotyczące wykształcenia, doświadczenia i spełniania kryteriów premiujących, wskazane w załączniku do oferty. Niedostarczenie ww. dokumentacji może spowodować odrzucenie oferty;
8. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn.zm.);
9. powyższe dane są zgodne z prawdą.

 **.......................................................................................**

(miejscowość, data i podpis Oferenta)

**Załączniki:**

1.Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych

2. Kwestionariusz osobowy

**Załącznik nr 1 do formularza ofertowego na wykonywanie usługi związanej z pełnieniem funkcji Ewaluatora opisu informacji o zawodzie, nr zapytania** **NE/72/2018/E**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH I KAPITAŁOWYCH**

**Dane Oferenta**

Nazwa/nazwisko i imię: ……………………………………
Adres: ……………………………………..
Telefon: ……………………………………………………..
E-mail: ……………………………………………………….

**Oświadczenie Oferenta**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH I KAPITAŁOWYCH**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu ofertowym oraz informuję, że nie istnieją podstawy, które wykluczają mnie z postępowania, w szczególności oświadczam, że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tj. z Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym, ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa, wpisanym do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000033480, NIP 525-000-82-70.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Oferenta, a Oferentem, polegające w szczególności na pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

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

(data, podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2 do formularza ofertowego na wykonywanie usługi związanej z pełnieniem funkcji recenzenta opisu informacji o zawodzie, nr zapytania NE/72/2018/E**

*(wypełniają osoby fizyczne, które nie prowadzą działalności gospodarczej)*

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DO UMOWY O DZIEŁO**

**PROJEKT INFODORADCA+ Rozwijanie, uzupełnianie i aktualizacja informacji o zawodach oraz jej upowszechnianie za pomocą nowoczesnych narzędzi komunikacji**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Nazwisko panieńskie |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pierwsze imię |  | Drugie imię |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data urodzenia | Dzień | Miesiąc | Rok | r. | Miejsce urodzenia |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dowód osobisty – seria i numer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Obywatelstwo |  |

**Adres zamieszkania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ulica |  | Numer domu / mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  | Miejscowość |  |
| Powiat |  | Gmina |  |
| Województwo |  |

**Adres do korespondencji**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ulica |  | Numer domu / mieszkania |  |
| Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  | Miejscowość |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Urząd Skarbowy |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer rachunku bankowego |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

**Oświadczam, że wszystkie dane osobowe są zgodne z bieżącym stanem faktycznym.**

Dane podane osobowe służą do rozliczeń podatkowych z urzędami skarbowymi.

Informujemy, że podane dane osobowe będą przetwarzane przez Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy, z siedzibą w Warszawie, 00-701 Warszawa ul. Czerniakowska 16, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), w celach związanych z realizacją umowy i jej rozliczeniem. Każda osoba ma prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy w celach związanych z rozliczeniem.

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

*data i podpis*