**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ DO OSZACOWANA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

1. **Dane dotyczące Wykonawcy**:  
   Nazwa: …………………………………………………………..………………………   
   Siedziba: …………………………………….…………………….…………………….   
   Nr telefonu/fax.: ………………………………………………….…………………   
   Nr NIP:…………………………………………………………………………..……….  
   Nr REGON:………………………………………………………….………………..…  
   Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia: …………………………………...…..
2. Przedmiotem zamówienia jest zorganizowanie trzech 1-dniowych stacjonarnych szkoleń zamkniętych w formie wykładu (lub wykładu wraz z warsztatami praktycznymi) połączonych z dyskusją z zakresu: ***„Obsługa systemu SL 2014 przez pracowników instytucji pośredniczącej wraz z elementami składania wniosków o płatność przez beneficjentów”*** dla pracowników Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy, zaangażowanych w realizację zadań na rzecz RPO WD 2014-2020 i/lub PO WER, planowanych   
   do realizacji w miesiącu **lutym 2017r. we Wrocławiu**.
3. **Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia dla 3 grup po 25 osób (łącznie 75 osób)**, zgodnie z wymaganiami ujętymi w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia, stanowiącym ***załącznik   
   nr 2 – SOPZ:***

Wartość netto: ………………………..… zł

(słownie:………………………………………………………………………..)

VAT (zw.)

Wartość brutto: ………………………. zł

(słownie:………………………………………………………………………..)

W tym:

Koszt jednostkowy netto/osobę: ……………………………….zł

(słownie:………………………………………………………………………..)

Koszt jednostkowy brutto/osobę: ……………………………….zł

(słownie:………………………………………………………………………..)

*Przedmiotowe szkolenie będzie w całości finansowane ze środków publicznych (zastosowanie stawki zwolnionej z VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt. 29c ustawy o podatku od towarów i usług   
z dn. 11 marca 2004r. z późn. zm.).*

1. Deklaruję wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie: **od 08 lutego** **do 28 lutego 2017r.**
2. Miejsce: ***Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, Filia Wrocław, al. Armii Krajowej 54, sala konferencyjna, piętro III, pok. 306A***
3. Wyrażam zgodę na stosowanie w rozliczeniach 30-dniowego terminu płatności od dnia dostarczenia do Filii Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy we Wrocławiu prawidłowo wystawionej faktury/rachunku.
4. Oświadczam, że zapewniany trener ……………………………………………….. ***(imię i nazwisko trenera)*** spełnia warunek doświadczenia tj. posiada minimum doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 3 szkoleń z zakresu obsługi systemu SL2014 dla instytucji zaangażowanej w zarządzanie   
   i wdrażanie programów operacyjnych np. instytucji pośredniczącej lub zarządzającej,   
   o którym mowa w **rozdziale** **VI pkt. c) załącznika nr 2 - SOPZ**. Wskazany powyżej trener przeprowadził następujące szkolenia z wymaganego zakresu – doświadczenie osoby szkolącej z wymaganego zakresu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tytuł szkolenia** | **Data przeprowadzenia** | **Podmiot na zlecenie, którego szkolenie było zorganizowane** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia z najlepszą wiedzą fachową i najwyższą starannością jakiej wymaga usługa tego rodzaju, zgodnie z warunkami opisanymi w załączniku nr 2 – SOPZ do niniejszego formularza.
2. Oświadczam, że wyceniliśmy wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania całego przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się w sposób wystarczający i konieczny ze Szczegółowym Opisem Przedmiotu Zamówienia, stanowiącym załącznik nr 2 do Formularza oraz ze wszystkimi informacjami niezbędnymi do zrealizowania przedmiotu zamówienia.

Załącznik nr 2 – (SOPZ) Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia

…………………………………………

(miejscowość, data) ………………………………………………………………

(Podpis i pieczątka Wykonawcy)