**Załącznik 1 do Zapytania ofertowego w trybie rozeznania rynku nr 07/RR/POWR.01.02.01-18-0066/18**

………………………………………….….… ……….…………………………..

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**FORMULARZ OFERTOWY**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia zawartym w pkt IV w następującej cenie:

| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa (PLN brutto)** | **Wartość ogółem  (PLN brutto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Usługa szkolenia z zakresu **„Pracownik rejestracji medycznej, obsługa pacjenta, marketing oraz sprzedaż usług” (160 h)** wraz z egzaminem potwierdzającym nabyte kwalifikacje | osoba | 11 |  |  |

**Oświadczenia Oferenta:**

1. Oświadczam, że całkowita wartość brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zapytaniem ofertowym oraz wszystkimi jego załącznikami i nie wnoszę do jego treści zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.

**UWAGI Oferenta (nieobligatoryjne):** …………………………………………………………………….……………………………………………

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

**Dane osoby do kontaktu ws. niniejszej oferty:**

Imię i nazwisko (nazwa)..….….….............................................................................................

Adres ..…………………………….….............................................................................................

Tel./fax .….….........................................................................................................................

e-mail: ..................................................................................................................................

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

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik 2 do Zapytania ofertowego w trybie rozeznania rynku nr 07/RR/POWR.01.02.01-18-0066/18**

…………………………………………….… ……….…………………………..

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Ja niżej podpisany/a ………………………….............................................................................................................

Uprawniony/a do reprezentowania:

Nazwa firmy: ....................................................................................................................................................

Adres firmy: ......................................................................................................................................................

NIP: ............................................................................................................…………………….................................

**Oświadczam, że ww. firma**, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w postępowaniu:

1. Posiada **aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych** prowadzony przez Wojewódzki Urząd Pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej.
2. Dysponuje **minimum 2 osobami zdolnymi do wykonania zamówienia** posiadającym następujące kwalifikacje oraz doświadczenie:
   1. wykształcenie w kierunku zgodnym z tematyką szkolenia (ukończone szkoły/ studia / szkolenia/ nabyte uprawnienia egzaminatora) potwierdzające kwalifikacje w kierunku zgodnym z tematyką szkolenia,
   2. minimum 2-letnie doświadczenie w ciągu ostatnich 5 lat w prowadzeniu zajęć/szkoleń z zakresu zgodnego z tematyką szkolenia, w tym co najmniej 160 godzin doświadczenia w realizacji analogicznej tematyki szkolenia w ciągu ostatnich 3 lat (tj. od 09.2016r.).
3. Posiadają **doświadczenie w realizacji usług szkolenia/kursu z zakresu pracownika rejestracji medycznej i obsługi pacjenta oraz z zakresu marketingu i sprzedaży usług (lub równoważne)** dla osób dorosłych, w wymiarze co najmniej 1 zrealizowanego szkolenia/kursu dla co najmniej 10 osób, każde w okresie w ostatnich 2 lat (tj. od 09.2017r.).
4. Dysponuje odpowiednim **potencjałem technicznym**, tj.:

Sale szkoleniowe powinny spełniać następujące **warunki techniczne**:

* + spełnianie odpowiednich przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, z zapleczem socjalnym i sanitarnym dla uczestników szkolenia,
  + dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych (tj. pozbawione barier architektonicznych) – w przypadku organizacji szkolenia, w którym uczestniczyć będą osoby niepełnosprawne,
  + w okresie zimowym zapewnienie ogrzewania,
  + możliwość oznakowania miejsca przeprowadzenia szkolenia odpowiednią tabliczką zawierającą informację o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

i być wyposażone w następujący **sprzęt** niezbędny do realizacji zamówienia:

* + miejsce siedzące oraz ławka/stolik dla każdego uczestnika szkolenia,
  + projektor multimedialny, komputer z legalnym oprogramowaniem niezbędnym do prowadzenia szkolenia z dostępem do Internetu,
  + flipchart lub tablica.

Jednocześnie użyte do realizacji zamówienia materiały, sprzęt i środki techniczne będą posiadały aprobaty techniczne dopuszczające do stosowania.

1. Nie znajduje się w **sytuacji ekonomicznej i finansowej** mogącej budzić poważne wątpliwości co do możliwości prawidłowego wykonania zamówienia, nie wszczęto wobec nich postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono upadłości; nie zalegają z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.
2. Dysponuje odpowiednimi środkami technicznymi i organizacyjnymi, umożliwiającymi Wykonawcy spełnienie **wymogów RODO** (gwarantującymi ochronę oraz minimalizującymi ryzyko naruszenia praw osób, których dane dotyczą), co potwierdza informacja przedstawiona w załączniku nr 3 Zapytania ofertowego w trybie rozeznania rynku.

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

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik 3 do Zapytania ofertowego w trybie rozeznania rynku nr 07/RR/POWR.01.02.01-18-0066/18**

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

/Imię i nazwisko lub Nazwa i adres Wykonawcy/ /miejscowość i data/

**ARKUSZ OCENY WYKONAWCY PRZETWARZAJĄCEGO DANE OSOBOWE   
W ZWIĄZKU Z PLANOWANYM POWIERZENIEM PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyjaśnienie: Zgodnie z art. 28 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: *Jeżeli przetwarzanie ma być dokonywane w imieniu administratora, powierza on dane jedynie takim podmiotom przetwarzającym, które zapewniają wystarczające gwarancje wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie spełniało wymogi niniejszego rozporządzenia i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.* | | | | |
| **L.p.** | **Pytania dla Oferenta / Wykonawcy / Podmiotu przetwarzającego** | **TAK** | **NIE** | **UWAGI** |
| 1 | Czy w Państwa organizacji zostały wdrożone wymagania określone w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)? |  |  |  |
| 2 | Czy w Państwa organizacji obowiązuje Polityka Bezpieczeństwa lub inny dokument(-y) regulujący(-ce) zasady ochrony danych osobowych? Jeżeli inny to proszę wskazać jaki w polu uwagi. |  |  |  |
| 3 | Czy dysponują Państwo Personelem przeszkolonym z zakresu ochrony danych osobowych (przynajmniej 1 osoba) |  |  |  |
| 4 | Czy dysponują Państwo odpowiednio zabezpieczonym programem antywirusowym sprzętem komputerowym umożliwiającym bezpieczne przetwarzanie danych osobowych w formie elektronicznej |  |  |  |
| 5 | Czy w dysponują Państwo odpowiednio wyposażonymi i zabezpieczonymi pomieszczeniami umożliwiającymi bezpieczne przetwarzanie danych osobowych |  |  |  |
| **KOMENTARZ:** Jedynie udzielenie odpowiedzi "TAK" na wszystkie pytania ankiety lub wskazanie w rubryce "Uwagi" terminu i sposobu wypełnienia warunków umożliwiających odpowiedź TAK umożliwi podpisanie Umowy dotyczącej powierzenia danych osobowych. | | | | |

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

(Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)