|  |
| --- |
| **OFERTA** |
| **Zamawiający** | **Ministerstwo Rozwoju i Technologii**Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 WarszawaNIP 701 079 79 20 |
| **Nazwa postępowania** | **Zorganizowanie, przeprowadzenie i obsługa szkoleń grupowych** **z zakresu pierwszej pomocy dla pracowników Ministerstwa Rozwoju i Technologii** |
| **Wykonawca**(pełna nazwa albo imię i nazwisko) |  |
| **siedziba/miejsce zamieszkania i adres,** jeżeli jest miejscem wykonywania działalności Wykonawcy |  |
| w zależności od podmiotu numer KRS/CEIDG |  |
| imię nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji |  |
| **NIP/REGON** |  |
| **telefon**  |  |
| **e-mail** |  |
| **osoba do kontaktów z Zamawiającym** |  |

*W przypadku składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać pełne nazwy i dokładne adresy wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, a także wskazać pełnomocnika.*

Odpowiadając na zapytanie ofertowe oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami przedstawionymi w zapytaniu ofertowym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Liczba uczestników** | **Koszt szkolenia 1 uczestnika w PLN** | **Całkowity koszt w PLN**(kolumna 3x4) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Zorganizowanie, przeprowadzenie i obsługa szkoleń grupowych z zakresu pierwszej pomocy dla pracowników Ministerstwa Rozwoju i Technologii | 65 |  |  |
| **Cena oferty netto = brutto** *1* **VAT zw.** |  |

1. Cena oferty brutto określa maksymalne wynagrodzenie z tytułu zorganizowania i przeprowadzenia szkolenia i musi obejmować wszystkie koszty, nakłady i wydatki, jakie Zamawiający poniesie na realizację przez Wykonawcę niniejszego zamówienia, z uwzględnieniem wszystkich składników cenotwórczych.
2. Udział w szkoleniu stanowić będzie usługę kształcenia zawodowego dla pracowników Ministerstwa Rozwoju i Technologii finansowaną w całości ze środków publicznych, w rozumieniu art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2021 r. poz. 685 z późn. zm.).

|  |
| --- |
| **OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Wymagania dotyczące organizacji szkolenia**, **świadczenie usługi cateringowej i zapewnienie sali szkoleniowej.** | **Tak** | **Nie** |
| Szkolenie będzie realizowane w godzinach 8:30-16:30. Dzień szkolenia będzie trwał min. 6 godzin szkoleniowych, gdzie 1 godzina szkoleniowa wynosi 60 minut. Podczas szkolenia zapewnione będą dwie przerwy krótkie – każda trwająca 10 minut oraz jedna przerwa długa (obiadowa) – trwająca min. 30 minut |[ ] [ ]
| Szkolenie będzie składało się z min. 7 tematów, których minimalny zakres został określony w pkt 3 do zapytania ofertowego |[ ] [ ]
| Miejsce szkolenia: zagwarantowane przez Wykonawcę. Dotarcie do miejsca szkolenia środkami komunikacji publicznej nie może trwać dłużej niż 30 minut (zgodnie z rozkładem www.ztm.waw.pl w godz. 7:00 – 9:00 oraz 16:00 – 18:00), biorąc pod uwagę fakt, iż punktem odniesienia jest Dworzec Centralny w Warszawie lub przystanek/stacja Centrum. Lokalizacja musi umożliwić uczestnikom dojazd jednym środkiem komunikacji publicznej (autobus / tramwaj / metro) z Dworca Centralnego lub przystanku/stacji Centrum. Przystanek lub stacja docelowa nie może być oddalona od miejsca szkolenia o odległość dłuższą niż 500 m. Koszty dojazdu pokrywają uczestnicy. |[ ] [ ]
| Sala szkoleniowa powinna spełniać następujące warunki:* klimatyzacja (dająca możliwość utrzymania stałej temperatury w sali szkoleniowej i jej regulacji w zależności od potrzeb uczestników);
* dzienne oświetlenie z możliwością zaciemnienia okien (np. roletami, żaluzjami);
* wyposażenie w sprzęt multimedialny niezbędny do przeprowadzenia szkolenia;
* zaplecze sanitarne.
 |[ ] [ ]
| Zapewnienie usługi cateringowej przez Wykonawcę dla wszystkich uczestników szkolenia:* przerwa kawowa ciągła w godzinach 9:00-18:00, w czasie której podane zostaną: kawa, herbata, dodatki do kawy i herbaty (cukier, cytryna, mleko, śmietanka), woda mineralna gazowana i niegazowana (co najmniej 0,5 l dla każdego uczestnika), soki owocowe, ciastka, serwis gastronomiczny, obsługa;
* obiad w formie bufetu, w godzinach zgodnych z harmonogramem szkolenia, zawierający: zupa (2 rodzaje do wyboru), danie główne (2 rodzaje do wyboru, w tym 1 wegetariańskie/wegańskie), dodatki skrobiowe, surówki oraz napoje: soki owocowe, wodę mineralną i herbatę (cukier, cytryna, mleko, śmietanka); z uwzględnieniem potraw mięsnych, rybnych oraz wegetariańskich/wegańskich.

Przerwy kawowe powinny być zorganizowane w pomieszczeniu zarezerwowanym wyłącznie dla uczestników spotkania, dostosowane do aktualnie panujących warunków epidemiologicznych. |[ ] [ ]
| Zapewnienie niezbędnego sprzętu i wyposażenie, a także pomocy dydaktycznych zgodnie z odpowiednimi przepisami, a w szczególności fantom oraz automatyczny defibrylator AED / symulator defibrylatora AED. |[ ] [ ]

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE****dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w § 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 24 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków organizowania i prowadzenia szkoleń w służbie cywilnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 960).** |
| **WYMAGANIE NR 1** |
| Posiadam minimum 3-letnie doświadczenie w prowadzeniu działalności szkoleniowej (działalność szkoleniowa jest zakresem wiodącym w prowadzonej działalności) w tym w ciągu ostatnich 2 lat przed terminem złożenia oferty wykonałem co najmniej 6 usług polegających na zorganizowaniu i przeprowadzeniu szkoleń z zakresu przedmiotu zamówienia, każda dla minimum 50 uczestników. |
| **WYKAZ WYKONANYCH USŁUG WYKONAWCY** |
| INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU |
| **Lp.** | **Krótki opis szkolenia** | **Termin szkolenia** | **Odbiorca** | **Liczba uczestników** |
| **od** *(dd-mm-rrrr)* | **do** *(dd-mm-rrrr)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **WYMAGANIE NR 2** |
| Posiadam odpowiadający potrzebom Zamawiającego program szkolenia lub zapewniam jego opracowanie i realizację |
| **PROGRAM SZKOLENIA** |
|  | Odpowiedzialność prawna udzielania pierwszej pomocy |
|  | Podstawy udzielania pierwszej pomocy. |
|  | Postępowanie z osobą nieprzytomną – algorytm działania bls. |
|  | Profilaktyka zakażeń |
|  | Stany nagłe (omdlenia, zawał serca, udar, drgawki, zatrucia, wstrząs itp.). |
|  | Postępowanie w przypadku zakrztuszenia, zadławienia. |
|  | Postępowanie przy urazach (złamanie, zwichnięcie, skręcenie, rany i krwotoki, oparzenia). |
| **WYMAGANIE NR 3** |
| Dysponuję trenerem, który będzie uczestniczyć w realizacji zamówienia, spełniający wszystkie wymagania (udokumentowane):* posiada minimum 3-letnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń,
* przeprowadził minimum 10 szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, w okresie do 3 lat poprzedzającym termin składania ofert,
* jest ratownikiem medycznym
 |
| INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU I OCENY KRYTERIUM DOŚWIADCZENIA TRENERA* *służą do oceny ofert celem wyłonienia oferty najwyżej ocenionej zgodnie z procedurą oceny ofert zawartą w zapytaniu ofertowym,*
* *w ramach oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu i oceny kryterium doświadczenia trenera - przy ocenie pod uwagę będą brane tylko prawidłowo opisane szkolenia. W przypadku braku wypełnienia pozycji dotyczącej doświadczenia trenera lub błędu, który uniemożliwi dokonanie oceny danego szkolenia, Zamawiający dopuszcza możliwość jednokrotnego wezwania wykonawcy do ich uzupełnienia.*
* *Wykonawca , którego oferta*  *uzyska najwyższą liczbę punktów (po II etapie) , będzie zobowiązany do udokumentowania doświadczenia trenera/ów na wezwanie Zamawiającego.*
 |
| **TRENER SZKOLENIA………………………………………………………….***(imię i nazwisko)* |
| **Doświadczenie**  **prowadzeniu szkoleń** (specjalizacja szkoleń) | **od***(mm-rrrr)* | **do***(mm-rrrr)* | **Główni odbiorcy** |
|  |  |  |  |
| **Posiadany dyplom ratownika medycznego** | **Data wydania**  | **Podmiot certyfikujący/Uczelnia** |
|  |  |  |
| **WYKAZ WYKONANYCH SZKOLEŃ TRENERA** |
| **Lp.** | **Krótki opis szkolenia** | **Termin szkolenia** | **Odbiorca szkolenia** |
| **od *(dd-mm-rrrr)*** | **do** ***(dd-mm-rrrr)*** | **Nazwa** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Miejscowość, dnia*  | *Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy (pieczątki)*  |

*Oferta musi być podpisana przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy (wskazaną we właściwym rejestrze bądź w stosownym pełnomocnictwie. Pełnomocnictwo należy dołączyć do oferty).*