



**Załącznik nr 6 -
ZŁOŻONY DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO nr 2/PSONI/2019**

Zapytanie związane jest z realizacją projektu pt.: „Nowe umiejętności – nowe możliwości”, Nr RPZP.07.01.00-32-K002/18, finansowanego z EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020. Numer i nazwa Osi Priorytetowej: RPZP.07.00.00: Włączenie społeczne, Numer i nazwa Działania RPZP.07.01.00: Programy na rzecz integracji osób i rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym ukierunkowane na aktywizację społeczno-zawodową wykorzystującą instrumenty aktywizacji edukacyjnej, społecznej, zawodowej.

1. ZAMAWIAJĄCY:

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Stargardzie
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 16
73-110 Stargard.

2. Wykonawca :.....
.....

A. potwierdza doświadczenie w zakresie realizacji usług szkoleniowych, w tym dla osób niepełnosprawnych (jeśli dotyczy)

Lp.	Nazwa usługi szkoleniowej	Liczba godzin usług zrealizowanych w okresie ostatnich trzech lat przed dniem złożenia oferty, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie ¹	Liczba godzin usług zrealizowanych wobec osób niepełnosprawnych w okresie ostatnich trzech lat przed dniem złożenia oferty, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie ¹
1			
2			
3			

¹ Należy wskazać tylko i wyłącznie liczbę godzin zrealizowanych w wymaganym okresie.



4			
5			
6			
7			
.....			
Łączna ilość godzin			

B potwierdza doświadczenie w zakresie realizacji usługi asystenta osoby niepełnosprawnej.

lp	Miejsce realizacji i zakres usługi asystenta osoby niepełnosprawnej	Liczba godzin usług zrealizowanych w okresie ostatnich trzech lat przed dniem złożenia oferty, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie ²
1		
2		
3		
....		

² Należy wskazać tylko i wyłącznie liczbę godzin zrealizowanych w wymaganym okresie.



Łączna ilość godzin	
----------------------------	--

B. potwierdza posiadanie kadry trenerskiej, z wymaganymi kwalifikacjami i doświadczeniem, w tym w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (jeśli dotyczy).

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (tytuł zawodowy, kursy, certyfikaty, nazwy i opis prowadzonych usług, okres ich realizacji w latach, z potwierdzeniem min. 2 letniego doświadczenia zawodowego)	Doświadczenie zawodowe (ile lat doświadczenia) w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności ³
1			
2			
3			
4			



5			
6			
Łączna ilość lat doświadczenia w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (suma lat doświadczenia wszystkich wskazanych w tabeli osób od pkt 1-do 6.)			

C. potwierdza posiadanie odpowiedniej kadry asystentów osób niepełnosprawnych, w tym z doświadczeniem w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu znacznym i umiarkowanym (jeśli dotyczy)

Lp.	Imię i nazwisko	kwalfikacje zawodowe (, tytuł zawodowy, kursy, certyfikaty, nazwy i opis prowadzonych usług, okres realizacji w latach, z potwierdzeniem min. 2 letniego doświadczenia zawodowego)	Doświadczenie zawodowe (ile lat doświadczenia) w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności ³
1			
2			



3			
4			
5			
6			
Łączna ilość lat doświadczenia w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (suma lat doświadczenia wszystkich wskazanych w tabeli osób od pkt 1-do 6.)			

.....
Podpis i pieczęć oferenta

.....
Miejscowość, data

Czytelny podpis lub pieczęć imienna i
podpis Wykonawcy lub upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy

³ jeśli nie dotyczy wstawić 0