**OFERTA**

**udziału w realizacji projektu partnerskiego**

**„Trening orientacji przestrzennej dla osób niewidomych i słabowidzących (TOPON)”**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa i adres podmiotu *(zgodna z aktualnym wypisem z krajowego rejestru sądowego)*:** |
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy |
|  |  |  |  |
| Gmina | Nr telefonu | e-mail | Adres witryny |
|  |  |  |  |
| Osoba(y) upoważniona do reprezentacji podmiotu i zaciągania zobowiązań finansowych: |
| *Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie oferty:* |
|  |
| Telefon(y): |  | e-mail: |  |

**Informacje o podmiocie**

|  |  |
| --- | --- |
| Status prawny | Nr rejestru sądowego(KRS) |
|  |  |
| Data wpisu do rejestru sądowego | Organ założycielski |
|  |  |
| Regon | NIP |
|  |  |

**OPIS DOŚWIADCZENIA I PERSONELU DEKLAROWANEGO PRZEZ OFERENTA**

**DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

1. Prowadzenie udokumentowanej działalności na rzecz osób z dysfunkcją wzroku

*Prosimy o szczegółowe opisanie działalności Państwa organizacji na rzecz osób z dysfunkcją wzroku, z podaniem jej okresu oraz o wskazanie dokumentów, świadczących o prowadzeniu opisanej działalności, np. umowy o finansowaniu projektów, raporty ze zrealizowanych projektów lub innych przedsięwzięć, sprawozdania roczne, publikacje lub inne dokumenty. Prosimy o wskazanie adresów internetowych, pod którymi znajdują się ww. dokumenty lub o załączenie ich kopii do wniosku.*

1. Doświadczenie w realizacji lub współrealizacji szkoleń osób dorosłych z dysfunkcją wzroku w zakresie orientacji przestrzennej lub obejmujących orientację przestrzenną

*Prosimy o informacje na temat realizowanych lub współrealizowanych szkoleń osób dorosłych z dysfunkcją wzroku w zakresie orientacji przestrzennej lub obejmujących orientację przestrzenną, zgodnie z poniższym schematem:*

1. *Nazwa i zakres szkolenia*
2. *Okres realizacji*
3. *Liczba uczestników szkolenia*
4. *Partnerzy*
5. *Rola Oferenta w realizacji szkolenia*
6. Liczba szkoleń dla trenerów orientacji przestrzennej zrealizowanych w okresie ostatnich 5 lat

*Prosimy o informacje na temat realizowanych lub współrealizowanych szkoleń dla trenerów orientacji przestrzennej, zgodnie z poniższym schematem:*

*1. Nazwa i zakres szkolenia*

*2. Okres realizacji*

*3. Liczba uczestników szkolenia*

1. Liczba projektów dotyczących rehabilitacji społeczno-zawodowej osób z dysfunkcją wzroku zrealizowanych we współpracy międzynarodowej w ciągu ostatnich 5 lat

*Prosimy o informacje na temat zrealizowanych projektów dotyczących rehabilitacji społeczno-zawodowej osób z dysfunkcją wzroku, zgodnie z poniższym schematem:*

1. *Nazwa projektu*
2. *Cele projektu, główne zrealizowane działania i osiągnięte wskaźniki*

*2. Okres realizacji*

*3. Partnerzy*

*5. Rola Oferenta w realizacji projektu*

1. Lista ekspertów w problematyce szkoleń dla osób dorosłych z dysfunkcją wzroku w obszarze orientacji przestrzennej, którzy są zatrudnieni u Oferenta na podstawie umowy o pracę lub z którym Oferent stale współpracuje w oparciu o umowy cywilnoprawne i współpraca ta trwa łącznie co najmniej 1 rok przed ogłoszeniem o naborze, których Oferent deklaruje do udziału w projekcie (prosimy podać nie więcej niż dwóch ekspertów)

*Prosimy wymienić ekspertów deklarowancyh do udziału w projekcie, z podaniem następujących danych:*

1. *Imię i nazwisko*
2. *Zawód (specjalizacja)*
3. *Liczba lat doświadczenia w szkoleń w problematyce szkoleń dla osób dorosłych z dysfunkcją wzroku w obszarze orientacji przestrzennej*
4. *Opis ww. doświadczenia*
5. *Forma zaangażowania eksperta w działania Oferenta (umowa o pracę,* *umowa cywilnoprawna)*
6. *Liczba lat zaangażowania eksperta w działania Oferenta* *przed ogłoszeniem o naborze*
7. Lista trenerów w zakresie szkoleń dla osób dorosłych w obszarze orientacji przestrzennej, których Oferent deklaruje do udziału w projekcie i którzy są zatrudnieni u Oferenta na podstawie umowy o pracę lub z którymi Oferent regularnie współpracuje na podstawie umów cywilnoprawnych i współpraca ta obejmuje co najmniej 3 szkolenia w okresie ostatnich 3 lat przed ogłoszeniem o naborze

*Prosimy wymienić trenerów deklarowanych do udziału w projekcie, z podaniem następujących danych:*

1. *Imię i nazwisko*
2. *Liczba lat doświadczenia jako trener orientacji przestrzennej*
3. *Forma zaangażowania trenera w działania Oferenta (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna)*
4. *W przypadku zaangażowaniana na podstawie umów cywilnoprawnych: liczba szkoleń w ciągu ostatnich 3 lat przed ogłoszeniem naboru, których dotyczyły te umowy*

Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszej ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

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

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

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

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIA I DEKLARACJA OFERENTA**

1. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie społeczne.
2. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie zalega z opłacaniem podatków i opłat.
3. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie jest podmiotem powiązanym w rozumieniu załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1).
5. Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie jest wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania.
6. Oświadczam, że żadna z osób reprezentujących podmiot składający ofertę nie była prawomocnie skazana za przestępstwa określone w art. 229 lub art. 230a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

…………………………………..……………………………

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

W imieniu podmiotu składającego ofertę deklaruję gotowość współpracy z PFRON w trakcie przygotowania projektu oraz podczas jego realizacji.

…………………………………..……………………………

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

**ZAŁĄCZNIKI**

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru potwierdzający formę organizacyjno – prawną podmiotu, osoby uprawnione do reprezentowania i zasady reprezentacji podmiotu.
2. Statut, jeśli podmiot go posiada, lub inny równoważny dokument.
3. Kopie dokumentów poświadczających prowadzenie przez Oferenta działalności na rzecz osób z dysfunkcją wzroku przez okres co najmniej 5 lat (jeśli nie podano adresów internetowych, pod którymi znajdują się ww. dokumenty).