.............................., dnia ........................... roku

*(miejscowość) (data)*

# Formularz ofertowy

Wykonanie porównania wymaganych efektów uczenia się dla kwalifikacji „Prowadzenie terapii osób ze spektrum autyzmu” (dalej również jako “kwalifikacja”), z charakterystykami poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji pierwszego i drugiego stopnia oraz przygotowanie rekomendacji - zgodnie z art. 21 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (dalej również jako „ustawa)”- w ramach procedury włączania kwalifikacji do ZSK.

**I. DANE PODSTAWOWE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Telefon |  |
| Email |  |
| Aktualne miejsce pracy  (nazwa adres) |  |

# II. TREŚĆ OFERTY

W odpowiedzi na zapytanie z dnia………… dot. wykonania porównania wymaganych efektów uczenia się dla kwalifikacji „Prowadzenie terapii osób ze spektrum autyzmu” (dalej również jako “kwalifikacja”), z charakterystykami poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji pierwszego i drugiego stopnia oraz przygotowania rekomendacji - zgodnie z art. 21 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji oświadczam, że oferuję wykonanie zamówienia za całkowitą cenę brutto: …………………………………. zł (słownie: ………………………… złotych).

Ponadto, Ja niżej podpisana/podpisany\*, oświadczam, że:

* nie uczestniczyłem/uczestniczyłam w jakikolwiek sposób ani w jakimkolwiek zakresie w przygotowywaniu opisu kwalifikacji lub opisu efektów uczenia się wymaganych dla kwalifikacji;
* nie mają do mnie zastosowania podstawy wyłączenia wynikające z art. 24 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2017 poz. 1257 późn. zm.);
* jestem świadoma/świadomy\* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Prawdziwość danych zawartych w niniejszym formularzu ofertowym stwierdzam własnoręcznym podpisem;
* wyrażam zgodę na udostępnienie przez Ministra Edukacji i Nauki (ul. Wspólna 1/3 00-529 Warszawa) zawartych w tym formularzu danych osobowych Ministrowi Zdrowia (ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa). Celem udostępnienia jest udział Ministra Zdrowia w ocenie spełniania przez Pana/Panią\* warunków udziału w postępowaniu oraz w ocenie oferty;
* jestem świadoma/świadomy\*, że powyższa zgoda może zostać wycofana   
  w każdym czasie poprzez złożenie oświadczenia odpowiedniej treści, w formie umożliwiającej potwierdzenie tożsamości osoby składającej oświadczenie na adres [lech.boguta@mein.gov.pl](mailto:lech.boguta@mein.gov.pl). Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem czynności przetwarzania dokonanych na podstawie wcześniej udzielonej zgody.

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

(imię, nazwisko, podpis Wykonawcy)

**Do oferty zostały dołączone następujące załączniki:**

**Załącznik nr 1 Wykaz doświadczenia**

**\*niewłaściwe skreślić**