



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt "Aktywnie w nowe życie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 4 do ogłoszenia

.....
(Nazwa i adres Wykonawcy)

Wykaz przeprowadzonych spotkań z psychologiem i doradcą zawodowym

Lp.	Rodzaj usług szkoleniowych – przeprowadzonych spotkań	Ilość osób uczestniczących w spotkaniu	Data wykonania usługi	Nazwa odbiorcy	Załączam dokument potwierdzający, że dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie	
					TAK	NIE
1	2	3	4	5	6	7

Do wykazu należy załączyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług – szkoleń/spotkań

.....
(podpis i pieczęć imienna uprawnionych(-ego) przedstawiciela(-li) Wykonawcy)

Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
95-061 Dmosin



Realizator projektu

Instytucja Pośrednicząca 2 stopnia



Projekt "Aktywnie w nowe życie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 5

PROTOKÓŁ ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO
którego wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30.000 euro

1 Opis przedmiotu zamówienia:

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

2. Wartość zamówienia oszacowano w dniu na kwotę co stanowi równowartośćeuro (1euro =zł) na podstawie

.....

3. W dniu zwrócono się do niżej wymienionych wykonawców z zapytaniem ofertowym:

1.
2.
3.
4.

Zapytanie skierowano faksem, mailem, telefonicznie, opublikowano na tablicy ogłoszeń , opublikowano na stronie internetowej (*właściwe podkreślić*).

4. Uzyskano następujące oferty na realizację zamówienia (cena oraz inne istotne elementy ofert):

1.
2.
3.
4.

5. W wyniku analizy ofert przedmiotowe zamówienie udzielone zostanie:

.....
.....



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt "Aktywnie w nowe życie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

za cenę

6. Uzasadnienie wyboru:

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

7. Postępowanie prowadził:

.....
podpis pracownika prowadzącego postępowanie

.....
podpis pracownika sprawdzającego

ZATWIERDZAM.....
podpis kierownika jednostki

Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
95-061 Dmosin



Realizator projektu

Instytucja Pośrednicząca 2 stopnia