Příloha č. 4

Nabídka zabezpečení poradenství (vzor)

Název dodavatele (odborného zařízení):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Název:  IČO: | | | | | |
| Telefon: | Fax: | E-mail: | | www stránky: | |
| **Adresa sídla nebo místa podnikání:** | | | | | |
| Obec: | | Část obce: | | | |
| Ulice: | | Č. p. | Č. orient. | | PSČ: |

**Oprávněný zástupce odborného zařízení1):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Příjmení: | Jméno: | | Titul:. |
| Funkce: | Telefon: Fax: | | E-mail: |
| **Kontaktní osoba odpovědná za organizaci realizaci zakázky2):** | | | |
| Příjmení: | Jméno: | | Titul: |
| Telefon: | Fax: | | E-mail: |
| Ba  **Bankovní spojení odborného zařízení:** | | | |
| Číslo účtu: | Kód banky: | |  |
| Název banky: | | Plátce DPH: 🞎 ano 🞏 ne | |
| **Kvalifikovaná osoba a odborný garant pro plnění zakázky – část plnění č. 1 „Program“ 3):** | | | |
| Příjmení: | Jméno: | | Titul:. |
| Telefon: | Fax: | | E-mail: |
| Doba trvání pracovního poměru u dodavatele k datu podání nabídky: | | | |
| Odborné vzdělání: | | | |
| Odborná praxe (činnost - počet roků): | | | |
| **Odborný garant pro plnění zakázky – část plnění č. 2 „Měření“ 4):** | | | |
| Příjmení: | Jméno: | | Titul:. |
| Telefon: | Fax: | | E-mail: |
| Odborné vzdělání: | | | |
| Odborná praxe (činnost - počet roků): | | | |
| **Nabídka poradenské činnosti:** | | | |
| Formy poradenství5):  🞎 část plnění č. (i) Program  🞎 část plnění č. (ii) Měření | | Popis cílové skupiny:  Vedoucí zaměstnanci a zaměstnanci zadavatele: BONAGRO, a.s. | |

|  |
| --- |
| **Popis předmětu činnosti:** |
| Část plnění č. 1: „**Skupinové poradenství**“ (dle specifikace v Příloze ZD č. 3 – položka č. 5 a ZD čl. 7. písm. f). |
| Pro podrobnější popis je možné doplnit přílohu k tomuto dokumentu |
|  |
| Část plnění č. 2: **„Měření“** (dle specifikace v Příloze ZD č. 3 – položka č. 13 a ZD čl. 7. písm. f): |
| Pro podrobnější popis je možné doplnit přílohu k tomuto dokumentu. |
| Termín konání poradenského programu (viz čl. 7. písm. f) ZD): |
| Telefon: Fax: E-mail: |
|  |
| V …………….. dne    podpis oprávněného zástupce |
|  |

**Poznámky k odkazům:**

**1) Oprávněný zástupce odborného zařízení:**

Uveďte osobu/y, které jsou oprávněny podepsat se Zadavatelem dohodu o poradenské činnosti na plnění předmětu této zakázky.

**2) Kontaktní osoba** dodavatele zodpovědná za realizaci zakázky nebo v případě společného plnění více dodavatelů, osoba ve smyslu čl. 7. odst. d).

**3) Kvalifikovaná osoba a garant plnění -** pro plnění zakázky v oblasti „Program“: uveďte odborníka splňujícího podmínky dle ZD čl.3.3.2, písm. a) a b).

**4) Odborný garant plnění zakázky** – pro oblast „Měření“ - uveďte odborníka splňujícího podmínky k provádění měření indexu pracovní schopnosti metodou WAI nebo jiné metody měření a splňuje kvalifikační předpoklady uvedené v ZD čl. 3.3.3 písm. b).

**5) Formy poradenství:** dodavatel křížkem označí podle části plnění zakázky na níž podává nabídku.

**Skupinové poradenství -** poradenská činnost, při které poradce pracuje se skupinami zaměstnanců podle specifikace uvedené v projektu citovaném čl. 1 odst. 1.4.1 část plnění č. 1 zadávací dokumentace, blíže specifikované v příloze č. 3 ZD, položka č. 5 a související položky č. 1 až 4.

**Měření –** realizaceslužeb, při kterém dodavatel provádí měření indexu pracovní schopnosti dle mezinárodní metodiky Work Ability Index (tzv. WAI) či jiné metody měření dle čl. 1 odst. 1.4.1, část plnění č. 2 zadávací dokumentace, blíže specifikované v příloze č. 3 ZD, položka č. 13.