



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

Wykonawca:

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

(imię i nazwisko, adres, NIP, nr telefonu, e-mail)

**Zadanie pn.:**

Wypełnienie zadań przez Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej jako wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego w ramach programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem” poprzez wyłonienie do ich realizacji w 2024 /2025 roku specjalistów.

Część 10:	Realizacja zadań z zakresu administracji rządowej przez specjalistów: rehabilitantów / fizjoterapeutów. *
Część 23:	Realizacja zadań z zakresu administracji rządowej przez specjalistów: terapeutów zaburzeń całościowych, w tym autyzmu posiadających kwalifikacje odpowiednie do niepełnosprawności dziecka. *

Niniejszym składam/-y ofertę na przedmiotowe zadanie i oświadczam/-y, że:

1. Zapoznałem/-liśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i zawartymi w niej wymaganiami oraz warunkami zawarcia umowy, które przyjmuję/-emy bez zastrzeżeń.
2. **Deklaruję wykonanie przedmiotu zamówienia, w wybranej części, za 1 godzinę (60 minut) za ostatecznym wynagrodzeniem:**

CZĘŚĆ	RODZAJ SPECJALISTY	CENA BRUTTO	SŁOWNIE
	<b>rehabilitant/ fizjoterapeuta *</b>		
CZĘŚĆ	RODZAJ SPECJALISTY	CENA BRUTTO	SŁOWNIE
	<b>terapeuta autyzmu *</b>		

3. Deklaruję, że posiadam/ osoba skierowana do wykonania zadania posiada ukończone kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne w zakresie terapii z dzieckiem do lat 9 w ilości:

CZĘŚĆ	RODZAJ SPECJALISTY	LICZBA UKOŃCZONYCH KURSÓW KWALIFIKACYJNYCH I SPECJALISTYCZNYCH
	<b>rehabilitant/ fizjoterapeuta *</b>	
CZĘŚĆ	RODZAJ SPECJALISTY	LICZBA UKOŃCZONYCH KURSÓW KWALIFIKACYJNYCH I SPECJALISTYCZNYCH
	<b>terapeuta autyzmu *</b>	

4. Deklaruję, że posiadam/ osoba skierowana do wykonania zadania posiada doświadczenie zawodowe w prowadzeniu zajęć terapeutycznych dla dziecka niepełnosprawnego lub zagrożonego niepełnosprawnością do lat 9 i okres ten wynosi:

CZĘŚĆ	RODZAJ SPECJALISTY	LICZBA LAT DOSWIADCZENIAZAWODOWEGO W PROWADZENIU ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH DLA DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO LUB ZAGROŻONEGO NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
	<b>rehabilitant/ fizjoterapeuta *</b>	
CZĘŚĆ	RODZAJ SPECJALISTY	LICZBA LAT DOSWIADCZENIAZAWODOWEGO W PROWADZENIU ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH DLA DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO LUB ZAGROŻONEGO NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
	<b>terapeuta autyzmu *</b>	

\*wypełnić dla wybranej części,(proszę wpisać numer części)

5. Oświadczam, że uważam się związany/-a ofertą do dnia 14.02.2024r.
6. Oświadczam, że realizując podmiotowe zamówienie, będę w pełnym zakresie przestrzegać przepisów rozporządzenia **Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)**.
7. Oświadczam, że (nie dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej):
- uzyskałem zgodę wszystkich osób fizycznych, których dane są zawarte w ofercie oraz zobowiązuję się uzyskać zgodę wszystkich osób fizycznych wskazanych w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty na przetwarzanie danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego,
  - poinformowałem wszystkie osoby fizyczne, których dane są zawarte w ofercie oraz zobowiązuję się poinformować wszystkie osoby wskazane w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, że ich dane zostaną udostępnione Zamawiającemu.

.....

data

.....

podpis



**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**  
*(uwaga: załącznik wspólny dla wszystkich części)*

.....  
.....  
**WPISAĆ NUMER  
CZĘŚCI, KTÓREJ  
ZAŁĄCZNIK  
DOTYCZY**

**Wykonawca:**

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

**(imię i nazwisko, adres, NIP, nr telefonu, e-mail)**

**Oświadczenie z art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wypełnienie zadań przez Specjalny Ośrodek Szkolno- Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej jako wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego w ramach programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem” poprzez wyłonienie do ich realizacji w 2024/2025 roku specjalistów (część 10, 23)**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego Zapytania ofertowego

.....

data

.....

podpis



**Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego**  
*(uwaga: załącznik wspólny dla wszystkich części)*

.....  
.....  
**WPISAĆ NUMER  
CZĘŚCI, KTÓREJ  
ZAŁĄCZNIK  
DOTYCZY**

**Wykonawca:**

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

*(imię i nazwisko, adres, NIP, nr telefonu, e-mail)*

**Oświadczenie z art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych o niepodleganiu wykluczeniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Wypełnienie zadań przez Specjalny Ośrodek Szkolno- Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej jako wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego w ramach programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem” poprzez wyłonienie do ich realizacji w 2024/2025 roku specjalistów (Część 10; 23)**

prowadzonego przez Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej, oświadczam, co następuje:


oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy oraz na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022r. poz. 835)

.....

data

.....

podpis

	<b>Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego</b> <i>(uwaga: załącznik wspólny dla wszystkich części)</i>	..... ..... <b>WPISAĆ NUMER CZĘŚCI, KTÓREJ ZAŁĄCZNIK DOTYCZY</b>
---	--	--

**Wykonawca:**

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

*(imię i nazwisko, adres, NIP, nr telefonu, e-mail)*

**Oświadczenie wnioskodawcy zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 10 Ustawy o Krajowym Rejestrze Karnym  
oraz art. 21**

**Ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.**

Ja niżej podpisany(a) niniejszym oświadczam, że nie byłem/am karany/a i nie jest prowadzone wobec mnie żadne postępowanie karne ani postępowanie karno-skarbowe, oraz że korzystam z pełni praw publicznych.

Ponadto oświadczam, iż nie figuruję w bazie danych Rejestru Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym.

Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i mogą być przeze mnie udokumentowane. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

data

.....

podpis



**Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego**  
(uwaga: załącznik wspólny dla wszystkich części)

.....  
**WPISAĆ NUMER  
CZĘŚCI, KTÓREJ  
ZAŁĄCZNIK  
DOTYCZY**

**Wykonawca:**

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

*(imię i nazwisko, adres, NIP, nr telefonu, e-mail)*

### WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO WYKONANIA ZADANIA

Zadanie pn. **Wypełnienie zadań przez Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej jako wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego w ramach programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem” poprzez wyłonienie do ich realizacji w 2024/2025 roku specjalistów (Część 10;23)**

Lp.	Imię i nazwisko	Informacja o podstawie Wykonawcy do dysponowania osobą *	Nazwa uczelni, rok ukończenia, kierunek	Ukończone studia podyplomowe, kursy i szkolenia	Doświadczenie zawodowe **
1					
2					
3					

\*np. umowa o pracę, umowa zlecenie itp.

\*\* usługi polegające na prowadzeniu zajęć terapeutycznych dla dziecka niepełnosprawnego lub zagrożonego niepełnosprawnością do lat 9.

.....

data

.....

podpis



Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego

**Wykonawca:**

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

*(imię i nazwisko, adres, NIP, nr telefonu, e-mail)*

**WYKAZ WYKONANYCH/ WYKONYWANYCH USŁUG**

Zadanie pn. **Wypełnienie zadań przez Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej jako wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego w ramach programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem” poprzez wyłonienie do ich realizacji w 2024/2025 roku specjalistów”.**

Lp.	Przedmiot usługi*	Podmiot, na rzecz którego usługa była wykonywana	Lata świadczenia usługi
1			
2			
3			

\* usługi polegające na prowadzeniu zajęć terapeutycznych dla dziecka niepełnosprawnego lub zagrożonego niepełnosprawnością do lat 9.

.....

data

.....

podpis



Załącznik nr7 do zapytania  
ofertowego

.....  
.....  
**WPISAĆ NUMER  
CZĘŚCI, KTÓREJ  
ZAŁĄCZNIK  
DOTYCZY**

**Wykonawca:**

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

*(imię i nazwisko, adres, NIP, nr telefonu, e-mail)*

### INFORMCJE DOTYCZĄCE KWALIFIKACJI WYKONAWCY

Zadanie pn. **Wypełnienie zadań przez Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Dąbrowie Górniczej jako wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego w ramach programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem” poprzez wyłonienie do ich realizacji w 2024/2025 roku specjalistów (Część 10;23 )**

**PODSTAWOWE WYKSZTAŁCENIE DO PROWADZENIA ZAJĘĆ W DANEJ CZĘŚCI ZAMÓWIENIA  
(nazwa szkoły/ uczelni, data ukończenia, kierunek):**

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

**KURSY I SZKOLENIA ZWIĄZANE Z PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA:**

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

.....

data

.....

podpis