**Załącznik nr 1 do SWZ**

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

WYKONAWCA (imię nazwisko / nazwa)

**ZAŁĄCZNIK DO FORMULARZA OFERTY**

**(NALEŻY ZŁOŻYĆ Z OFERTĄ)**

**Postępowanie: Realizacja zadań wynikających z programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na rzecz Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Bydgoszczy pełniącej funkcję wiodącego ośrodka koordynacyjno- rehabilitacyjno-opiekuńczego   
w 2025 r.**

**Uwaga – w przypadku gdy Wykonawca zaoferuje ilość godzin, która w skali roku przekroczy 800 godzin – Zamawiający przyjmie do zawarcia umowy 800 godzin.**

**Część I Pedagog**

**Osoba, skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia, której doświadczenie oceniane jest w kryterium oceny ofert:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię nazwisko** | **Deklarowana liczba lat doświadczenia w pracy z małym dzieckiem do 7 r. ż. i jego rodziną (wpisać pełne ukończone lata)** | **Deklarowana liczba kursów**  **doskonalących (kwalifikacyjnych) w pracy z małym dzieckiem**  **(wpisać cyfrą łączną liczbę kursów oraz wymienić po kolei nazwy kursów)** | **Liczba deklarowanych godzin świadczenia usługi tygodniowo** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Część II Logopeda**

**Osoba, skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia, której doświadczenie oceniane jest w kryterium oceny ofert:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię nazwisko** | **Deklarowana liczba lat doświadczenia w pracy z małym dzieckiem do 7 r. ż. i jego rodziną (wpisać pełne ukończone lata)** | **Deklarowana liczba kursów**  **doskonalących (kwalifikacyjnych) w pracy z małym dzieckiem**  **(wpisać cyfrą łączną liczbę kursów oraz wymienić po kolei nazwy kursów)** | **Liczba deklarowanych godzin świadczenia usługi tygodniowo** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Część III Psycholog**

**Osoba, skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia, której doświadczenie oceniane jest w kryterium oceny ofert:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię nazwisko** | **Deklarowana liczba lat doświadczenia w pracy z małym dzieckiem do 7 r. ż. i jego rodziną (wpisać pełne ukończone lata)** | **Deklarowana liczba kursów**  **doskonalących (kwalifikacyjnych) w pracy z małym dzieckiem**  **(wpisać cyfrą łączną liczbę kursów oraz wymienić po kolei nazwy kursów)** | **Liczba deklarowanych godzin świadczenia usługi tygodniowo** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Część IV Terapeuta integracji sensorycznej**

**Osoba, skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia, której doświadczenie oceniane jest w kryterium oceny ofert:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię nazwisko** | **Deklarowana liczba lat doświadczenia w pracy z małym dzieckiem do 7 r. ż. i jego rodziną (wpisać pełne ukończone lata)** | **Deklarowana liczba kursów**  **doskonalących (kwalifikacyjnych) w pracy z małym dzieckiem**  **(wpisać cyfrą łączną liczbę kursów oraz wymienić po kolei nazwy kursów)** | **Liczba deklarowanych godzin świadczenia usługi tygodniowo** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Część V Fizjoterapeuta**

**Osoba, skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia, której doświadczenie oceniane jest w kryterium oceny ofert:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię nazwisko** | **Deklarowana liczba lat doświadczenia w pracy z małym dzieckiem do 7 r. ż. i jego rodziną (wpisać pełne ukończone lata)** | **Deklarowana liczba kursów**  **doskonalących (kwalifikacyjnych) w pracy z małym dzieckiem**  **(wpisać cyfrą łączną liczbę kursów oraz wymienić po kolei nazwy kursów)** | **Liczba deklarowanych godzin świadczenia usługi tygodniowo** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Część VI Terapeuta TUS**

**Osoba, skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia, której doświadczenie oceniane jest w kryterium oceny ofert:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię nazwisko** | **Deklarowana liczba lat doświadczenia w pracy z małym dzieckiem do 7 r. ż. i jego rodziną (wpisać pełne ukończone lata)** | **Deklarowana liczba kursów**  **doskonalących (kwalifikacyjnych) w pracy z małym dzieckiem**  **(wpisać cyfrą łączną liczbę kursów oraz wymienić po kolei nazwy kursów)** | **Liczba deklarowanych godzin świadczenia usługi tygodniowo** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Część VII Terapeuta Ręki**

**Osoba, skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia, której doświadczenie oceniane jest w kryterium oceny ofert:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię nazwisko** | **Deklarowana liczba lat doświadczenia w pracy z małym dzieckiem do 7 r. ż. i jego rodziną (wpisać pełne ukończone lata)** | **Deklarowana liczba kursów**  **doskonalących (kwalifikacyjnych) w pracy z małym dzieckiem**  **(wpisać cyfrą łączną liczbę kursów oraz wymienić po kolei nazwy kursów)** | **Liczba deklarowanych godzin świadczenia usługi tygodniowo** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

Zamawiający dokona oceny oferty w kryterium Doświadczenie w oparciu o dane wskazane w tabeli powyżej.

Wykonawca uzyska punkty wyliczone według średniej arytmetycznej uzyskanych punktów za lata doświadczenia wskazanych osób (w przypadku większej ilości osób).

**……………………………………………**

*Oświadczenie należy opatrzyć podpisem kwalifikowanym lub podpisem zaufanym albo podpisem osobistym,* *osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*