#### Załącznik nr 1 do SWZ

Znak sprawy: PORE.ZP.1.2025

Nawiązując do toczącego się postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji - art. 275 pkt. 1 ustawy Pzp pn:

„**Prowadzenie zajęć wspomagania rozwoju dziecka w związku z realizacją zadania wynikającego z programu kompleksowego wsparcia dla rodzin ,,Za życiem”**

my niżej podpisani działając w imieniu i na rzecz:

**Nazwa i adres Wykonawcy[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy |  |
| NIP *(jeżeli dotyczy)* |  |
| REGON *(jeżeli dotyczy)* |  |
| Rodzaj wykonawcy | Mikroprzedsiębiorstwo  Małe przedsiębiorstwo  Średnie przedsiębiorstwo  Jednoosobowa działalność gospodarcza  Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej  Inny rodzaj \* |

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie poszczególnych części przedmiotu zamówienia zgodnie, ze Specyfikacją Warunków Zamówienia,

stosując niżej wymienione stawki:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ** | **Cena brutto za jedną godzinę zegarową** | **Ilość godzin** | **Całkowita cena brutto**  **(2x3)** | **Doświadczenie (należy wskazać w pełnych latach) oraz kwalifikacje osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia**  (zakresie wskazanym w dziale XV SWZ dla danej części |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Część I**  **Pełnienie funkcji logopedy**  Imię i nazwisko specjalisty  **(osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia):**  ………………………………… | ………. zł | 880 |  | 1. Okres doświadczenia zawodowego …………. lat  2. Okres doświadczenia w realizacji zadań wynikających z Programu „Za życiem*” lub* Wczesnego wspomagania rozwoju dziecka *(WWRD)* …………………………… lat  3. Liczba kursów /szkoleń  ……………………………………………………………………… |
| **Część II**  **Pełnienie funkcji neurologopedy**  Imię i nazwisko specjalisty  **(osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia):**  ………………………………… | ………. zł | 580 |  | 1. Okres doświadczenia zawodowego …………. lat   2. Okres doświadczenia w realizacji zadań wynikających z Programu „Za życiem*” lub* Wczesnego wspomagania rozwoju dziecka *(WWRD)* …………………………… lat  3. Liczba kursów /szkoleń  ……………………………………………………………………… |
| **Część III**  **Pełnienie funkcji oligofrenopedagoga**  Imię i nazwisko specjalisty  **(osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia):**  ………………………………… | ………. zł | 550 |  | 1. Okres doświadczenia zawodowego …………. lat  2. Okres doświadczenia w realizacji zadań wynikających z Programu „Za życiem*” lub* Wczesnego wspomagania rozwoju dziecka *(WWRD)* …………………………… lat  3. Liczba kursów /szkoleń  ……………………………………………………………………… |
| **Część IV**  **Pełnienie funkcji pedagoga specjalnego –terapeuty SI**  Imię i nazwisko specjalisty  **(osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia):**  ………………………………… | ………. zł | 590 |  | 1. Okres doświadczenia zawodowego …………. lat  2. Okres doświadczenia w realizacji zadań wynikających z Programu „Za życiem*” lub* Wczesnego wspomagania rozwoju dziecka *(WWRD)* …………………………… lat  3. Liczba kursów /szkoleń  ……………………………………………………………………… |
| **Część VI**  **Pełnienie funkcji psychoterapeuty**  Imię i nazwisko specjalisty  **(osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia):**  ………………………………… | ………. zł | 400 |  | 1. Okres doświadczenia zawodowego …………. lat  2. Okres doświadczenia w realizacji zadań wynikających z Programu „Za życiem*” lub* Wczesnego wspomagania rozwoju dziecka *(WWRD)* …………………………… lat  3. Liczba kursów /szkoleń  …………………………………………………………………… |
| **Część VII**  **Pełnienie funkcji fizjoterapeuty**  Imię i nazwisko specjalisty  **(osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia):**  ………………………………… | ………. zł | 650 |  | 1. Okres doświadczenia zawodowego …………. lat  2. Okres doświadczenia w realizacji zadań wynikających z Programu „Za życiem*” lub* Wczesnego wspomagania rozwoju dziecka *(WWRD)* …………………………… lat  3. Liczba kursów /szkoleń  ……………………………………………………………………… |
| **Część VII**  **Pełnienie funkcji fizjoterapeuty- terapeuta SI**  Imię i nazwisko specjalisty  **(osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia):**  ………………………………… | ………. zł | 870 |  | 1. Okres doświadczenia zawodowego …………. lat  2. Okres doświadczenia w realizacji zadań wynikających z Programu „Za życiem*” lub* Wczesnego wspomagania rozwoju dziecka *(WWRD)* …………………………… lat  3. Liczba kursów /szkoleń  ……………………………………………………………………… |

1. **OŚWIADCZAMY**, że:
2. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania;
3. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia
4. zamierzamy /nie zamierzamy powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez Podwykonawcę | Nazwa Podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

1. zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostały zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na zawartych tam warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego (w tym przedłożenia dokumentów wymienionych w SWZ dziale XVII;
2. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[3]](#footnote-3).
3. zapoznaliśmy się z wymogami Zamawiającego odnośnie zatrudnienia przez Wykonawcę lub Podwykonawcę osób wykonujących czynności w zakresie realizacji zamówienia na podstawie umowy o pracę, określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej zasadami postępowania.

4. **Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym**

|  |
| --- |
|  |

*(imię i nazwisko, e-mail, telefon)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty)*

1. \* niepotrzebne skreślić.

   w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie, należy podać nazwy (firmy) i adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* niepotrzebne skreślić.

   rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119   
   z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-2)
3. w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty). [↑](#footnote-ref-3)