*Załącznik nr 1*

**FORMULARZ OFERTY W RAMACH ZAPYTANIA OFERTOWEGO NA ŚWIADCZENIE USŁUG TERAPEUTYCZNYCH DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU „Dzienny Dom Pomocy SIR MED”**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OFERENTA** | |
| Nazwa/Imię i nazwisko: | Adres siedziby: |
| Telefon: | E-mail: |
| REGON: | WWW: |
| NIP: | Reprezentant (osoba uprawniona do podpisania oferty): |
| **OSOBA DO KONTAKTU** | |
| Imię i nazwisko: | E-mail: |
| Telefon: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opis doświadczenia Wykonawcy z uwzględnieniem kryteriów wskazanych w punkcie 4 warunków udziału w postępowaniu.** | | | | | | |
| **Lp.** | **Dane podmiotu (nazwa, adres), na rzecz którego zrealizowano usługę** | **Liczba zrealizowanych godzin w ramach usługi** | **Termin realizacji usługi** | | | **Opis zrealizowanej usługi (m.in. zakres tematyczny, organizacja wsparcia, grupa odbiorców)** |
| 1 |  |  |  | | |  |
| 2 |  |  |  | | |  |
| **KRYTERIA OCENY:** | | | | | | |
| **Kryterium 1** | | | | | | |
| Cena brutto za 1 godzinę zegarową pracy specjalistów | | | | |  | |
| **Kryterium 2** | | | | | | |
| Deklaracja zatrudnienia pracowników w niekorzystnej sytuacji, bezpośrednio do świadczenia usług wchodzących w zakres zamówienia. | | | | | Proszę znakiem **X** zaznaczyć właściwe  TAK  NIE | |
| **Kryterium 3** | | | | | | |
| ***Specjalista – w zakresie psychologii*** | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | Doświadczenie specjalisty w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert (należy wskazać liczbę godzin zrealizowanych zajęć) - do oferty należy dołączyć uzupełniony wykaz – załącznik nr 5 | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
| ***Specjalista – w zakresie terapii zajęciowej*** | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | Doświadczenie specjalisty w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert (należy wskazać liczbę godzin zrealizowanych zajęć) - do oferty należy dołączyć uzupełniony wykaz – załącznik nr 6 | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |

1. Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że dane zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że realizacja usługi będzie prowadzona zgodnie z zakresem i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria określone w zapytaniu ofertowym uprawniające do złożenia oferty oraz znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonania zamówienia.
4. Oświadczam, że prowadzę działalność usługową w zakresie zgodnym z przedmiotem niniejszego postępowania oraz posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
5. Oświadczam, że reprezentuję podmiot, który posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie   
   oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
6. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zgodnych z zapytaniem ofertowym,   
   w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Oświadczam, że oferta ważna jest przez okres 30 dni od dnia jej złożenia.
8. Oświadczam, że dysponuję wymienionymi w ofercie oraz załącznikach nr 5, 6 osobami zdolnymi do prawidłowego wykonania zamówienia.

……………………………………………… ………………………………………………

miejscowość, data podpis Oferenta

*Załącznik nr 2*

**Oświadczenieo braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE OFERENTA** |
| W imieniu oferenta ………………………………………………………………………………………………………………………… (nazwa i adres oferenta/wykonawcy) oświadczam, że:   * nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Beneficjentem i Partnerami projektu:  **Centrum Medyczne SIR MED Sp. z o.o.** z siedzibą przy ul. Staropoznańskiej 131-133, 88-100 Inowrocław (NIP: 6652984066, REGON: 301905573), **Stowarzyszenie "Małe rzeczy"** z siedzibą przy ul. Staropoznańskiej 131-133, 88-100 Inowrocław (NIP: 5562768594, REGON: 367184599), **Gmina Janikowo** ul. Przemysłowa 6, 88-160 Janikowo (NIP: 5562562438, REGON: 092350760) lub pomiędzy osobami wykonującymi czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o udzielenia niniejszego zamówienia (p**. Marta Czerwińska**), * zastępcy prawni lub członkowie organów zarządzających lub organów nadzorczych oferenta/wykonawcy nie pozostają w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, lub nie są związani z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli albo nie pozostają we wspólnym pożyciu z Beneficjentem i Partnerami projektu:  **Centrum Medyczne SIR MED Sp. z o.o.** z siedzibą przy ul. Staropoznańskiej 131-133, 88-100 Inowrocław (NIP: 6652984066, REGON: 301905573), **Stowarzyszenie "Małe rzeczy"** z siedzibą przy ul. Staropoznańskiej 131-133, 88-100 Inowrocław (NIP: 5562768594, REGON: 367184599), **Gmina Janikowo** ul. Przemysłowa 6, 88-160 Janikowo (NIP: 5562562438, REGON: 092350760) lub pomiędzy osobami wykonującymi czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o udzielenia niniejszego zamówienia (p**. Marta Czerwińska**).   Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:   1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji (o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa), pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika, 2. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, lub związaniu z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli albo pozostawaniu we wspólnym pożyciu z wykonawcą, jego zastępcą prawnym lub członkami organów zarządzających lub organów nadzorczych wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia, 3. pozostawaniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że istnieje uzasadniona wątpliwość co do ich bezstronności lub niezależności w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia. |

……………………………………………… ………………………………………………

miejscowość, data podpis Oferenta

*Załącznik nr 3*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Centrum Medyczne SIR MED Sp. z o.o., z siedzibą przy ul. Staropoznańskiej 131-133, 88-100 Inowrocław, tel. 52 355 79 00 , e-mail: ddpsirmed@gmail.com.
2. W razie pytań związanych z przetwarzaniem danych osobowych zapraszamy do kontaktu pod adresem e-mail: [ddpsirmed@gmail.com](mailto:ddpsirmed@gmail.com).
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia oferty i ewentualnej realizacji zamówienia wynikającego z Zapytania ofertowego na świadczenie usług terapeutycznych dla uczestników projektu „Dzienny Dom Pomocy SIR MED”.
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Ma Pan/Pani prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
6. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,   
   gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie Pana/Pani danych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. Pana/Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz nie będą profilowane.
8. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

**Mając powyższe na uwadze wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych w ofercie danych osobowych.**

……………………………………………… ………………………………………………

miejscowość, data podpis

*Załącznik nr 4*

**Oświadczenieo braku przesłanek wykluczenia**

……………………………………….  
nazwa i adres oferenta

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania 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. Poz. 835).

Oświadczam, że nie jestem osobą/podmiotem objętą/ym sankcjami, o których mowa w art. 5 k ust. 1 Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Oświadczam, że nie jestem osobą/podmiotem/organem posiadającym siedzibę w Rosji, który w ponad 50% jest własnością publiczną lub jest pod kontrolą publiczną, objętym sankcjami zgodnie z art. 5 l ust 1 Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Oświadczam, że nie zostałem wpisany na listę osób i podmiotów objętych sankcjami, prowadzoną przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

……………………………………………… ………………………………………………

miejscowość, data podpis

Załącznik nr 5

**Wykaz doświadczenia i kwalifikacji osoby bezpośrednio wskazanej do realizacji zamówienia w zakresie terapeutycznych zajęć psychologicznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACJE OSOBOWE** | | |
| imię i nazwisko | |  |
| **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** – w kontekście spełnienia wymogów zapytania ofertowego – Przedmiot zamówienia, pkt. 5 i kryterium oceny K3 w okresie ostatnich 3 lat[[1]](#footnote-1) | | |
| 1. **Czy** | nazwa i adres  Pracodawcy/Zleceniodawcy |  |
| okres realizacji zajęć psychologicznych |  |
| liczba zrealizowanych godzin wsparcia |  |
| stanowisko/funkcja |  |
| zakres obowiązków/opis świadczonego wsparcia |  |
|  | nazwa i adres  Pracodawcy/Zleceniodawcy |  |
| okres realizacji zajęć psychologicznych |  |
| liczba zrealizowanych godzin wsparcia |  |
| stanowisko/funkcja |  |
| zakres obowiązków/opis świadczonego wsparcia |  |
| **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** – w kontekście spełnienia wymogów dot. potwierdzenieminimum 2 lat doświadczenia zawodowego w pracy psychologa (zgodnie z zapisami zapytania ofertowego – Przedmiot zamówienia, pkt. 5) | | |
| 1. **1.** |  | |
| 1. **2.** |  | |
| **WYKSZTAŁCENIE** | | |
| okres nauki (daty od/do) | |  |
| uzyskany tytuł lub rodzaj kwalifikacji | |  |
| nazwa szkoły/uczelni/kierunek studiów | |  |
| uzyskany tytuł lub rodzaj kwalifikacji | |  |
| nazwa szkoły/uczelni/ kierunek studiów | |  |
| **DODATKOWE KWALIFIKACJE/UMIEJĘTNOŚCI** | | |
| odbyte kursy i szkolenia | |  |
| umiejętności | |  |

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych w celu rozpatrzenia oferty   
i ewentualnej realizacji zamówienia wynikającego z Zapytania ofertowego na świadczenie usług terapeutycznych dla uczestników projektu* „Dzienny Dom Pomocy SIR MED” nr FEKP.08.24-IZ.00-0041/24.

*Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym załączniku i dokumentach potwierdzających moje kwalifikacje i doświadczenie są zgodne z prawdą.*

……………………………………………… ………………………………………………

miejscowość, data podpis psychologa

Załącznik nr 6

**Wykaz doświadczenia i kwalifikacji osoby bezpośrednio wskazanej do realizacji zamówienia w zakresie terapii zajęciowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACJE OSOBOWE** | | |
| imię i nazwisko | |  |
| **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** – w kontekście spełnienia wymogów zapytania ofertowego – Przedmiot zamówienia, pkt. 5 i kryterium oceny K3 w okresie ostatnich 3 lat[[2]](#footnote-2) | | |
|  | nazwa i adres  Pracodawcy/Zleceniodawcy |  |
| okres realizacji terapii zajęciowej |  |
| liczba zrealizowanych godzin wsparcia |  |
| stanowisko/funkcja |  |
| zakres obowiązków/opis świadczonego wsparcia |  |
|  | nazwa i adres  Pracodawcy/Zleceniodawcy |  |
| okres realizacji terapii zajęciowej |  |
| liczba zrealizowanych godzin wsparcia |  |
| stanowisko/funkcja |  |
| zakres obowiązków/opis świadczonego wsparcia |  |
| **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE –** w kontekście spełnienia wymogów dot. potwierdzenieminimum 2 lat doświadczenia zawodowego w obszarze świadczenia usług terapeutycznych (zgodnie z zapisami zapytania ofertowego – Przedmiot zamówienia, pkt. 5) | | |
| 1. **1** |  | |
| 1. **.** |  | |
| **WYKSZTAŁCENIE** | | |
| okres nauki (daty od/do) | |  |
| uzyskany tytuł lub rodzaj kwalifikacji | |  |
| nazwa szkoły/uczelni/kierunek studiów | |  |
| uzyskany tytuł lub rodzaj kwalifikacji | |  |
| nazwa szkoły/uczelni/ kierunek studiów | |  |
| **DODATKOWE KWALIFIKACJE/UMIEJĘTNOŚCI** | | |
| odbyte kursy i szkolenia | |  |
| umiejętności | |  |

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych w celu rozpatrzenia oferty   
i ewentualnej realizacji zamówienia wynikającego z Zapytania ofertowego na świadczenie usług terapeutycznych dla uczestników projektu* „Dzienny Dom Pomocy SIR MED” nr FEKP.08.24-IZ.00-0041/24.

*Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym załączniku i dokumentach potwierdzających moje kwalifikacje i doświadczenie są zgodne z prawdą.*

……………………………………………… ………………………………………………

miejscowość, data podpis terapeuty zajęciowego

1. Doświadczenie w okresie 3 lat przed terminem składania ofert tj. 06.10.2021-06.10.2024. [↑](#footnote-ref-1)
2. Doświadczenie w okresie 3 lat przed terminem składania ofert tj. 06.10.2021-06.10.2024. [↑](#footnote-ref-2)