**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **DANE ZAMAWIAJĄCEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zamawiający:** | |
| Nazwa | OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH |
| Forma prawna | fundacje |
| Numer REGON | 302322158 |
| Numer NIP | 7773229441 |
| **Dane teleadresowe Zamawiającego:** | |
| Adres do korespondencji | ul. Cienista 3, 60-587 Poznań |
| E-mail | kontakt@owonin.pl |
| Tel. | 578303037 |
| Godziny pracy | 08:00-16:00 |
| **Dane biura projektu/dane do kontaktu Zamawiającego** | |
| Adres do korespondencji | ul. Cienista 3, 60-587 Poznań |
| E-mail | nowak@owonin.pl |
| Tel. | 575676360 |
| Godziny pracy | 08:00-15:00 |
| Osoba do kontaktu (przedstawiciel Zamawiającego) | Anna Nowak |

1. **DANE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Tel./Fax |  |
| E-mail |  |
| Nr KRS (ew. nr CEIDG) |  |
| Nr REGON |  |
| Nr NIP |  |

1. **OFERTA**

W odpowiedzi na Zapytanie ofertowe **w sprawie zamówienia na realizację specjalistycznej usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania - usługi rehabilitacyjnej oraz indywidualnych spotkań z rehabilitantem/fizjoterapeutą dla uczestników Klubu Seniora w projekcie *„Rozwój usług społecznych na obszarze Gminy Dziemiany ” Nr FEPM.05.17-IZ.00-0055/24* z dnia 07.07.2025 r.**

składam ofertę i przedmiotowe zamówienie **zobowiązuje się** wykonać na następujących oferowanych przeze mnie warunkach:

**CZĘŚĆ I:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium 1: Cena**  Cena za 64 godziny specjalistycznej usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania - usługi rehabilitacyjnej (to całkowita cena brutto zawierająca wszystkie elementy składowe przedmiotu zapytania) = cena jednej godziny rehabilitacji x max. liczba godzin | Cena za godzinę usługi: ………………………………………………… w PLN  Wartość za 64 godziny ……………………………………………………..…….. PLN (w tym VAT…….%)  Wartość słownie: (………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………) |
| **Kryterium 2:** Doświadczenie personelu Wykonawcy jest mierzone w oparciu o liczbę godzin specjalistycznej usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania - usługi rehabilitacyjnej, realizowanych przez personel Wykonawcy delegowany do realizacji zamówienia w okresie 24 miesięcy**.** Każda osoba oddelegowana do realizacji zamówienia przez Wykonawcę powinna spełniać zadeklarowany przedział doświadczenia | [ ] 500 godzin – 0 pkt  [ ] Od 501 godzin do 750 godzin – 5 pkt  [ ] Od 751 godzin do 1000 godzin – 10 pkt  [ ] Od 1001 - 20 pkt  \*zaznaczyć/podkreślić właściwe |

*Cena brutto w przypadku firm/osób prawnych zawiera podatek VAT, który Wykonawca jest zobowiązany obliczyć zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

**W przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej cena brutto zawiera wszelkie narzuty. W takim przypadku Wykonawca w rubryce podatek VAT wstawia adnotację „nie dotyczy”.**

**Wykonawca zobowiązany jest podać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku.**

**Proszę wskazać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku ………………………………...……**

*W przypadku stosowania przez Wykonawcę stawki VAT innej niż 23% prosimy o podanie uzasadnienia: ..................................................................................................................................................................*

**CZĘŚĆ II:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium 1: Cena**  Cena za 416 godzin Indywidualnych spotkań z rehabilitantem/ fizjoterapeutą dla uczestników Klubu Seniora (to całkowita cena brutto zawierająca wszystkie elementy składowe przedmiotu zapytania) = cena jednej godziny rehabilitacji x max. liczba godzin | Cena za godzinę usługi: ………………………………………………… w PLN  Wartość za 416 godzin ……………………………………………………..…….. PLN (w tym VAT…….%)  Słownie: (………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………) |
| **Kryterium 2:** Doświadczenie personelu Wykonawcy jest mierzone w oparciu o liczbę godzin usługi rehabilitacyjnej, realizowanych przez personel Wykonawcy delegowany do realizacji zamówienia w okresie 24 miesięcy**.** Każda osoba oddelegowana do realizacji zamówienia przez Wykonawcę powinna spełniać zadeklarowany przedział doświadczenia | [ ] 500 godzin – 0 pkt  [ ] Od 501 godzin do 750 godzin – 5 pkt  [ ] Od 751 godzin do 1000 godzin – 10 pkt  [ ] Od 1001 - 20 pkt  \*zaznaczyć/podkreślić właściwe |

*Cena brutto w przypadku firm/osób prawnych zawiera podatek VAT, który Wykonawca jest zobowiązany obliczyć zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

**W przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej cena brutto zawiera wszelkie narzuty. W takim przypadku Wykonawca w rubryce podatek VAT wstawia adnotację „nie dotyczy”.**

**Wykonawca zobowiązany jest podać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku.**

**Proszę wskazać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku ………………………………...……**

*W przypadku stosowania przez Wykonawcę stawki VAT innej niż 23% prosimy o podanie uzasadnienia: ..................................................................................................................................................................*

1. **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

Ja (my) niżej podpisany (i) oświadczam (y), że:

1. cena brutto przedmiotu zamówienia – wynagrodzenie Wykonawcy obejmuje wszelkie wydatki związane z realizacją przedmiotu zapytania, w tym wszelkie daniny o charakterze publicznoprawnym i inne (w tym w szczególności podatki pośrednie, bezpośrednie, związane z obowiązkowymi ubezpieczeniami). Wynagrodzenie (cena) nie będzie podlegało podwyższeniu, chyba że co innego wyraźnie postanowi Zamawiający w treści niniejszego zapytania lub w trakcie realizacji przedmiotu zapytania (w formie pisemnej);
2. zapoznałem się/zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i spełniam zawarte w nim warunki, akceptuję i przyjmuję bez zastrzeżeń wymagania zawarte w jego treści;
3. zobowiązuję się/zobowiązujemy się wykonać niniejsze zamówienie zgodnie z treścią Zapytania ofertowego, wyjaśnieniami do treści Zapytania ofertowego oraz wprowadzonymi do niego zmianami (jeśli dotyczy);
4. jestem/ jesteśmy związany (i) niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym;
5. zobowiązuję/zobowiązujemy się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Zamawiającego;
6. oświadczam/ -y, że wszystkie informacje podane w załączonych do oferty oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji;
7. oświadczam/-y, że wypełniłem/wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Miejscowość, data*** | ***Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów).*** |

1. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

Przedkładam następujące dokumenty (oryginalne lub poświadczone za zgodność przez osobę uprawnioną):

|  |  |
| --- | --- |
| **OPIS DOKUMNETU** | **Krótki opis (nazwa) i liczba załączników (kart)** |
| Wydruk z KRS (ew. zaświadczenie CEIDG) | Odpis z \_\_\_\_\_\_, k. \_\_\_\_. |

**Niniejsza oferta jest ważna w terminie 30 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.**

| ..…………………………………… | …………………………………………… |
| --- | --- |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | /podpis i imienna pieczęć wykonawcy lub  upoważnionego przedstawiciela wykonawcy  z załączonym pełnomocnictwem/  /pozostałe strony oferty i załączniki dodatkowo parafowane/ |

***Załącznik nr 2***

**CZĘŚĆ I:**

***Oświadczenie o spełnieniu wymagań***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Numer NIP** |  |
| **Numer REGON** |  |
| **Dane teleadresowe Wykonawcy:** | |
| **Adres do korespondencji** |  |

W imieniu Wykonawcy oświadczam, iż przystępując do udziału w ww. postępowaniu spełniam niżej wymienione warunki udziału w postępowaniu, tj. dysponuję/dysponujemy personelem, który:

* spełnia wymogi z rozporządzenia MPS z 22.09.2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych; posiadająca wykształcenie wyższe i kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty,
* posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej;
* posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania – usługi rehabilitacyjnej.

Rehabilitant/ fizjoterapeuta posiada min. 500 godzin doświadczenia zawodowego. Usługi będzie świadczyć osoba posiadająca wykształcenie wyższe w zakresie fizjoterapii z tytułem zawodowym co najmniej magistra fizjoterapii/rehabilitacji.

***- Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (dostępny w e-dowodzie). Zaleca się zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***- Jeśli dokumenty podpisane są w taki sposób, że podpis zapisywany jest w odrębnym pliku, należy zamieścić obydwa pliki.***

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Miejscowość, data*** | ***Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów).*** |

**CZĘŚĆ II:**

***Oświadczenie o spełnieniu wymagań***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Numer NIP** |  |
| **Numer REGON** |  |
| **Dane teleadresowe Wykonawcy:** | |
| **Adres do korespondencji** |  |

W imieniu Wykonawcy oświadczam, iż przystępując do udziału w ww. postępowaniu spełniam niżej wymienione warunki udziału w postępowaniu, tj. dysponuję/dysponujemy personelem, który:

posiada wykształcenie wyższe i kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, rehabilitanta,

posiadająca minimum 500 godzin doświadczenia zawodowego w pracy z osobami starszymi w placówkach opieki, klubach seniora, sanatoriach , gabinetach rehabilitacyjnych.

***- Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym(dostępny w e-dowodzie). Zaleca się zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***- Jeśli dokumenty podpisane są w taki sposób, że podpis zapisywany jest w odrębnym pliku, należy zamieścić obydwa pliki.***

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Miejscowość, data*** | ***Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów).*** |

***Załącznik nr* 3**

**Oświadczenia Wykonawcy, że nie zachodzą okoliczności wyłączające   
go z ubiegania się o zamówienie**

Działając w imieniu ……………………………………………………………… (wskazać dane Wykonawcy) w odpowiedzi na zapytanie ofertowe w sprawie zamówienia na realizację specjalistycznej usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania - usługi rehabilitacyjnej w projekcie ***„Rozwój usług społecznych na obszarze Gminy Dziemiany ” Nr FEPM.05.17-IZ.00-0055/24* z dnia 06.05.2025 r.*,*** jako osoba upoważniona do złożenia niżej opisanych oświadczeń w imieniu Wykonawcy, **niniejszym oświadczam**, zgodnie z prawdą i pod rygorem odpowiedzialności karnej, że:

1. w ciągu ostatnich 3 lat przed wszczęciem postępowania nie wyrządziłem Zamawiającemu szkody, przez to że nie wykonałem lub nienależycie wykonałem zobowiązanie, chyba że było to następstwem okoliczności, za które Wykonawca nie ponosił odpowiedzialności;
2. w ciągu ostatnich 3 lat przed wszczęciem postępowania nie uchyliłem się od podpisania umowy z Zamawiającym mimo wyboru mojej oferty;
3. Wobec Wykonawcy nie wszczęto postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono jego upadłości,
4. Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne,
5. Wykonawca nie jest osobą fizyczną prawomocnie skazaną za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego lub za inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych,
6. Wykonawca nie jest osobą prawną, której urzędujących członków władz skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego albo inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych,
7. Oświadczam, że osoba/podmiot, który reprezentuję, a który ubiega się o udzielenie zamówienia w ramach niniejszego postępowania, nie jest powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta 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.

**Oświadczam, że nie jestem:**

1. Wykonawcą oraz uczestnikiem konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy sankcyjnej;
2. wykonawcą oraz uczestnikiem konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy sankcyjnej;
3. wykonawcą oraz uczestnikiem konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy sankcyjnej.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Miejscowość, data*** | ***Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów).*** |

***Załącznik nr 4***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOT. OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku ze złożeniem oferty w odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia: 07.07.2025. oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu jest województwo pomorskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Pomorskiego z siedzibą w Gdańsku, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, pełniącego rolę Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@pomorskie.eu.
2. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z  realizacją programu Fundusze Europejskie dla Pomorza (dalej: FEPM 2021-2027). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją FPMDS 2021-2027 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktach prawnych:
   * rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej,
   * rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.),
   * ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93,
   * ustawa z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego,
   * ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. ***„Rozwój usług społecznych na obszarze Gminy Dziemiany ”*** w szczególności w celu w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników.
4. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – GMINA DZIEMIANY z siedzibą ul. 8 marca 3, 83-425 Dziemiany, numer telefonu: +48 58 688 00 22, adres e-mail: ug@dziemiany.pl oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w  realizacji projektu - ***„Rozwój usług społecznych na obszarze Gminy Dziemiany ”*** nr: FESL.07.04-IZ.01-059D/23-002, Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. 8 MARCA 3, 83-425 Dziemiany – Realizator ***Nr FEPM.05.17-IZ.00-0055/24*** projektu, OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH z siedzibą przy ul. Cienistej 3, 60-587 Poznań – Partner projektu.
6. Moje dane osobowe mogą zostać powierzane lub udostępniane:

* organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych,
* podmiotom, które wykonują dla nas usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym.

1. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z  realizacji programu Fundusze Europejskie dla Pomorza oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
2. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO), a także prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO). Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w  przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
3. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.
4. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu.
5. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
6. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych (IOD) w następujący sposób:

* pocztą tradycyjną,
* elektronicznie (adres e-mail: iod@pomorskie.eu).

1. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Miejscowość, data*** | ***Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów).*** |

**Załącznik nr 5**

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG REHABILITACYJNYCH**

**WRAZ ZE WSKAZANIEM**

**LICZBY GODZIN ZREALIZOWANYCH USŁUG (\****Zamawiający będzie żądał wykazu tylko od Wykonawcy, którego oferta uzyskała najwyższa liczbę punktów i który uzyska dodatkowe punkty za kryterium doświadczenia***)**

Działając w imieniu ……………………………………………………………… (wskazać dane Wykonawcy) w odpowiedzi na zapytanie ofertowe w sprawie zamówienia na realizację:

1) specjalistycznej usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania - usługi rehabilitacyjnej w projekcie ***„Rozwój usług społecznych na obszarze Gminy Dziemiany ” Nr FEPM.05.17-IZ.00-0055/24* z dnia 03.07.2025 r.*,*** jako osoba upoważniona do złożenia niżej opisanych oświadczeń w imieniu Wykonawcy, **niniejszym oświadczam**, zgodnie z prawdą i pod rygorem odpowiedzialności karnej, że personel, który będzie realizował zamówienie objęte zapytaniem ofertowym posiada następujące doświadczenie w **realizacji specjalistycznej usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania - usługi rehabilitacyjnej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi** | **Miejsce/ podmiot na rzecz którego realizowano usługę** | **Liczba przeprowadzonych godzin usługi rehabilitacyjnej** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Suma** |  |

2) Indywidualnych spotkań z rehabilitantem/fizjoterapeutą dla uczestników Klubu Seniora w projekcie ***„Rozwój usług społecznych na obszarze Gminy Dziemiany ” Nr FEPM.05.17-IZ.00-0055/24* z dnia 03.07.2025 r.*,*** jako osoba upoważniona do złożenia niżej opisanych oświadczeń w imieniu Wykonawcy, **niniejszym oświadczam**, zgodnie z prawdą i pod rygorem odpowiedzialności karnej, że personel, który będzie realizował zamówienie objęte zapytaniem ofertowym posiada następujące doświadczenie w **realizacji usługi rehabilitacyjnej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi rehabilitacyjnej** | **Miejsce/ podmiot na rzecz którego realizowano usługę** | **Liczba przeprowadzonych godzin usługi rehabilitacyjnej** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Suma** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Miejscowość, data*** | ***Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów).*** |