**Nr ref. SZP/P-PU/03/2024-ROBO.NZL**

**Załącznik nr 3 do SWZ**

# **Formularz oferty**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie Zamówienia prowadzonego w trybie   
przetargu nieograniczonego na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, na zadanie pod nazwą: **„ Świadczenie usług przez personel specjalistyczny projektu”** my niżej podpisani:

**1. Dane Wykonawcy**

***a) Część dotycząca Wykonawców składających ofertę jako osoba fizyczna:***

Imię i nazwisko ......................................................................... telefon...................................

e-mail.........................................................................................................................................

adres: …………………………… kod.......................... miejscowość.......................................... ulica..................................................................nr...................................................................

***PESEL.............................................***

***b) Część dotycząca Wykonawców prowadzących działalność gospodarczą:***

Imię i nazwisko………………………………………………., prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą …………………………………………… z siedzibą przy ulicy ………………………….. kod pocztowy ..…-…….., miejscowość …………….. wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji   
o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej pod numerem NIP: …………………………. REGON …………………….… Tel:..........................

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie Przedmiotu Zamówienia zgodnie z SWZ.
2. **Oświadczamy,** że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i uznajemy się za związanych określonymi   
   w niej postanowieniami.
3. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi załącznik do SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ wykonać zamówienie w terminie wskazanym w SWZ.**
5. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu Zamówienia za:

**Część nr 1 - Pracownik laboratorium chodu**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie osób w pracy w laboratorium chodu**: **(nie mniej niż 1 rok)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/miesiącach  Doświadczenie w pracy w laboratorium chodu | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 2 - Opiekun integracji**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie osób w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia  (należy uzupełnić nawet w przypadku braku doświadczenia) | Wskazać w latach/miesiącach doświadczenie osób w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo  (lub wpisać 0/ skreślenie : „---------„/ „brak” - w przypadku braku doświadczenia) | Nazwa i adres jednostki  (w przypadku braku doświadczenia wpisać  „nie dotyczy”) |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 3 – Pedagog**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

**2. Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie osób w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia  (należy uzupełnić nawet w przypadku braku doświadczenia) | Wskazać w latach/miesiącach doświadczenie osób w pracy w placówkach z dziećmi niepełnosprawnymi ruchowo  (lub wpisać 0/ skreślenie : „---------„/ „brak” - w przypadku braku doświadczenia) | Nazwa i adres jednostki  (w przypadku braku doświadczenia wpisać  „nie dotyczy”) |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 4 - Wykładowca nr 1**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, wspomaganej technologicznie (nie mniej niż 3 lata).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe  w zakresie rehabilitacji dzieci  z mózgowym porażeniem dziecięcym, wspomaganej technologicznie | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 5–Wykładowca nr 2**,

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w zakresie wspomaganej technologicznie rehabilitacji chodu u osób   
z neurogennymi zaburzeniami lokomocji (nie mniej niż 3 lata).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe  w zakresie wspomaganej technologicznie rehabilitacji chodu u osób z neurogennymi zaburzeniami lokomocji | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 6–Wykładowca nr 3**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w leczeniu dzieci z neurogennymi zaburzeniami lokomocji (nie mniej niż 3 lata).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe  w leczeniu dzieci z neurogennymi zaburzeniami lokomocji | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 7 – Wykładowca nr 4**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w leczeniu dzieci z neurogennymi zaburzeniami lokomocji (nie mniej niż   
3 lata).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe  w leczeniu dzieci z neurogennymi zaburzeniami lokomocji | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 8 –Wykładowca nr 5**,

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w leczeniu dzieci z chorobami nerwowo-mięśniowymi(nie mniej niż 3 lata).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe  w leczeniu dzieci z chorobami nerwowo-mięśniowymi | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 9–Wykładowca nr 6**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN).

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w rehabilitacji dzieci z neurogennymi zaburzeniami lokomocji(nie mniej 3 lata).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe  w rehabilitacji dzieci  z neurogennymi zaburzeniami  lokomocji | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 10 –Wykładowca nr 7**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie(nie mniej niż 6 miesięcy).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe  w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 11 –Wykładowca nr 8**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie(nie mniej niż 6 miesięcy).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe  w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 12– Wykładowca nr 9**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie(nie mniej niż 6 miesięcy).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 13– Wykładowca nr 10**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie(nie mniej niż 6 miesięcy).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 14 – Wykładowca nr 11**

1. Całkowita wartość wynagrodzenia brutto ...................................................... PLN

(słownie: ……………………………….. PLN)

zgodnie z załączonym formularzem cenowym

1. **Kryterium doświadczenie**

**Doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie(nie mniej 6 miesięcy).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach/ miesiącach doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji wspomaganej technologicznie | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

1. **OŚWIADCZAMY,** że do regulowania należności z tytułu realizacji zamówienia wskazujemy następujący numer **KONTA BANKOWEGO**:

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

1. **WARUNKI PŁATNOŚCI** zostały określone w Projektowanych Postanowieniach Umowy, stanowiących załącznik do SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani ofertą do upływy terminu wskazanego w SWZ.
3. **OSOBĄ** upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:

……………………………………………………… tel. ………………………………………

1. **Oświadczamy**, że następujące dokumenty zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa   
   w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane *(\*wypełnić, jeśli dotyczy):*………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………….……
2. **Informujemy**, że wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \**Tabelę wypełniają* ***wyłącznie*** *Wykonawcy, których wybór oferty prowadziłby   
   u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego, tj. kiedy zgodnie z przepisami ustawy   
   o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego | Wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku | Stawka podatku od towarów  i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie |
|  |  |  |

1. Stosownie do § 13 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia   
   23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy oraz w związku z art. 127 ust. 2 ustawy Pzp:
   * + 1. wskazujemy adresy internetowe ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, z których Zamawiający pobierze wymagane dokumenty *(\*należy wskazać dokumenty oraz adresy internetowe baz danych): .....................……………………………………………………………*
       2. oświadczamy, że następujące wymagane oświadczenia lub dokumenty dostarczono Zamawiającemu w poprzednich postępowaniach o udzielenie zamówienia oraz potwierdzamy ich aktualność *(\*należy wskazać oświadczenia lub dokumenty oraz nazwę i numer postępowania):* ………………………………………………………………….……………………………..…

…………………………………………………………………………………………………

1. Usługę objętą zamówieniem zamierzamy wykonać **samodzielnie\* – przy udziale podwykonawców\****(\*niepotrzebne skreślić)*

*Wypełnić poniższą tabelę w przypadku wykonania zamówienia przez podwykonawców.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numer części** | **Część zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom** | **Nazwy ewentualnych podwykonawców,  jeżeli są już znani** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |

Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy   
z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

1. **OŚWIADCZAMY**, że brak wskazania, w ofercie części zamówienia, rozumiane ma być jako wykonanie zamówienia bez udziału podwykonawców.
2. **OTRZYMALIŚMY** konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)\*
4. **RODZAJ Wykonawcy**[[3]](#footnote-3)**:**

**☐**Mikroprzedsiębiorstwo

**☐**Małeprzedsiębiorstwo

**☐**Średnieprzedsiębiorstwo

**☐**Jednoosobowa działalność gospodarcza,

**☐**Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

**☐**Inny rodzaj

*Dokument podpisany elektronicznie*

1. 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-1)
2. 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-2)
3. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   **Mikroprzedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej, niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   **Małe przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej, niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   **Średnie przedsiębiorstwa**: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-3)