Załącznik Nr 1 do SWZ

**Zamawiający:**

POWIAT ŚWIECKI

ul. Gen. J. Hallera 9

86-100 Świecie

**Wykonawca:**

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

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

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:   
NIP/PESEL, KRS/CEiDG jeżeli dotyczy)

reprezentowany przez:

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

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**FORMULARZ OFERTOWY**

W związku z ogłoszeniem przez Powiat Świecki postępowania nr PZEA.251.9.2022  
o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie zadania pn.: „**Realizacja zadań wynikających z Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”** zgodnie   
z SWZ prowadzonego na podstawie art. 359 pkt 2 w związku z art. 275 pkt 1 ustawy z dnia   
11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (T. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.), oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 1: Realizacja zadań wynikających z Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na terenie powiatu świeckiego - Świecie** | |
| **Zadanie nr 1/ Pakiet I/ Świecie – psycholog** | |
| Imię i nazwisko osoby realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe w pracy terapeutycznej z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. | ……….. lat |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 1/Pakiet II/ Świecie – pedagog/terapeuta** | |
| Imię i nazwisko osoby realizującej zadanie: |  | |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) | |
| Doświadczenie zawodowe w pracy terapeutycznej z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. | ……….. lat | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 1 /Pakiet III/ Świecie – logopeda/neurologopeda** | |
| Imię i nazwisko osoby realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe w pracy terapeutycznej z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. | ……….. lat |
| **Zadanie nr 1 /Pakiet IV/ Świecie – terapeuta integracji sensorycznej** | |
| Imię i nazwisko osoby realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe w pracy terapeutycznej z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. | ……….. lat |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 1 /Pakiet V/ Świecie – fizjoterapeuta/rehabilitant** | |
| Imię i nazwisko osoby realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe w pracy terapeutycznej z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. | ……….. lat |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 2: Realizacja zadań wynikających z Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na terenie powiatu świeckiego - Warlubie** | |
| **Zadanie nr 2/ Pakiet VI/ Warlubie – pedagog /terapeuta** | |
| Imię i nazwisko osoby realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe w pracy terapeutycznej z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. | ……….. lat |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 2/ Pakiet VII/ Warlubie – logopeda** | |
| Imię i nazwisko osoby realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe w pracy terapeutycznej z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. | ……….. lat |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 2/ Pakiet VIII – Warlubie/ terapeuta integracji sensorycznej** | |
| Imię i nazwisko osoby realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe w pracy terapeutycznej z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. | ……….. lat |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 2/ Pakiet IX/ Warlubie – fizjoterapeuta/rehabilitant** | |
| Imię i nazwisko osoby realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe w pracy terapeutycznej z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym w okresie od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole. | ……….. lat |

**UWAGA!**

Na potwierdzenie doświadczenia zawodowego w pracy terapeutycznej Wykonawca wraz   
z ofertą składa dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie.

Cena ofertowa brutto nie może przekraczać kwoty 90,00 zł brutto za 1 godzinę (1 godzina = 60 minut).

Wykonawca wybiera Zadanie/Pakiet na który składa ofertę.

Wykonawca w ofercie podaje cenę brutto za jedną godzinę terapii oraz   
informacje dotyczące doświadczenia zawodowego. Brak informacji o doświadczeniu zawodowym będzie stanowił podstawę odrzucenia oferty, ponieważ warunkiem udziału   
w postępowaniu jest posiadanie co najmniej 2 letniego doświadczenia w pracy terapeutycznej z małym dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym od 0. roku życia do rozpoczęcia nauki w szkole.

W przypadku, jeżeli Zamawiający posiada dokumenty potwierdzające posiadane przez Wykonawcę doświadczenie zawodowe, a Wykonawca ten fakt wyraźnie zaznaczy   
w dokumentach złożonych wraz z ofertą wówczas Wykonawca nie jest zobowiązany do składania tych dokumentów. W innym przypadku Wykonawca wraz z ofertą zobowiązany jest złożyć niezbędne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe osoby wyznaczonej do realizacji zadania.

1. Oświadczam/my, że:
2. zapoznaliśmy się ze SWZ i warunki w niej zawarte przyjmujemy bez zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty i realizacji zamówienia;
3. zaoferowana cena, została obliczona w oparciu o dostarczone przez Zamawiającego materiały i zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, a w przypadku wyboru mojej/naszej oferty, nie ulegnie zmianie przez cały okres realizacji zamówienia;
4. uważam/my się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany   
   w ogłoszeniu o zamówieniu i SWZ, tj. do dnia ………………;
5. zawarte w SWZ projektowane postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązuję się/zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nim zapisanych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. W przypadku wyboru mojej/naszej oferty w przedmiotowym postępowaniu osobą odpowiedzialną za realizację umowy będzie Pan/Pani..........................................................

tel. ………………………… e-mail……………………………………………………….

1. Informuję/my, że umocowanie do podpisania oferty względnie do podpisania innych oświadczeń lub dokumentów składanych wraz z ofertą wynika z dokumentu, który Zamawiający może pobrać z bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych, tj.:

1) bazy Krajowego Rejestru Sądowego dostępnej na stronie internetowej https://ems.ms.gov.pl/krs/;\*

2) bazy Centralnej Ewidencji i Informacja o Działalności Gospodarczej na stronie internetowej https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/;\*

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /jeśli dotyczy to wpisać nazwę oraz adres internetowy innej bazy danych/\*

1. Oświadczam/y, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego   
   w niniejszym postępowaniu.
2. Oświadczam/my, że:
3. prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą / jestem osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczą / emerytem\*
4. jesteśmy **mikro**, **małym, średnim, dużym przedsiębiorstwem**\* zgodnie z zaleceniem Komisji z dnia 06 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych   
   i średnich przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE L 124 z 20.05.2003, str. 36)
5. Załącznikami do niniejszej oferty są :
6. ..........................................................
7. ..........................................................
8. ..........................................................
9. ..........................................................

………………….……., dnia ………….……. r.  
*(miejscowość)*

……………………………………………  
podpis Wykonawcy