Załącznik Nr 1 do SWZ

**Zamawiający:**

POWIAT ŚWIECKI

**Wykonawca:**

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

(pełna nazwa/firma/imię i nazwisko,  
 adres, w zależności od podmiotu)

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

(NIP/PESEL, KRS/CEiDG jeżeli dotyczy)

reprezentowany przez:

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

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

*Ofertę składam jako osoba\*:*

1. *prowadząca działalność gospodarczą*
2. *niebędąca pracownikiem realizującego zadania*
3. *będąca pracownikiem realizującego zadanie (Zespół Szkół Specjalnych nr 1 w Świeciu)*
4. *nie osiągająca najniższego wynagrodzenia za pracę*

***\*odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem lub podkreślić***

**FORMULARZ OFERTOWY**

W związku z ogłoszeniem przez Powiat Świecki postępowania nr PZEA.251.9.2023  
o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie zadania pn.: „**Realizacja zadań wynikających z Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” w 2024 roku** 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 2023 r. poz. 1605   
z późn. zm.), oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 1: Realizacja zadań wynikających z Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” w 2024 roku na terenie powiatu świeckiego - Świecie** | |
| **Zadanie nr 1/ Pakiet I/ Świecie – psycholog** | |
| **Część 1** | |
| 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** | |
| **Część 2, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2f, 2g, 2h, 2i, 2j, 2k, 2l, 2ł, 2m**  **(należy wpisać numer Części zamówienia na którą jest składana Oferta)** | |
| Imię i nazwisko osoby/specjalisty realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe osoby/specjalisty 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** | |
| **Część 3, 3a, 3b**  **(należy wpisać numer Części zamówienia na którą jest składana Oferta)** | |
| Imię i nazwisko osoby/specjalisty realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe osoby/specjalisty 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** | |
| **Część 4, 4a, 4b**  **(należy wpisać numer Części zamówienia na którą jest składana Oferta)** | |
| Imię i nazwisko osoby/specjalisty realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe osoby/specjalisty 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** | |
| **Część 5** | |
| Imię i nazwisko osoby/specjalisty realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe osoby/specjalisty 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” w 2024 roku na terenie powiatu świeckiego - Warlubie** | |
| **Zadanie nr 2/ Pakiet VI/ Warlubie – pedagog /terapeuta** | |
| **Część 6, 6a, 6b, 6c**  **(należy wpisać numer Części zamówienia na którą jest składana Oferta)** | |
| Imię i nazwisko osoby/specjalisty realizującej zadanie: |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe osoby/specjalisty 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/neurologopeda** | | |
| **Część 7** | | |
| Imię i nazwisko osoby/specjalisty realizującej zadanie: | |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe osoby/specjalisty 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** | | |
| **Część 8** | | |
| Imię i nazwisko osoby/specjalisty realizującej zadanie: | |  |
| Cena brutto za jedną godzinę terapii:  ………………………….. zł | | Słownie złotych:  ……………………………………………………………….  (wpisać kwotę brutto słownie) |
| Doświadczenie zawodowe osoby/specjalisty 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 (osoba/specjalista) wraz z ofertą składa dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie.

Wykonawca (osoba/specjalista) wybiera Zadanie/Pakiet/Część na którą składa ofertę.

Wykonawca (osoba/specjalista) w ofercie podaje cenę brutto za jedną godzinę terapii oraz   
informacje dotyczące doświadczenia zawodowego. Brak informacji o doświadczeniu zawodowym będzie stanowiło 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.

1. Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się ze SWZ i warunki w niej zawarte przyjmuję bez zastrzeżeń oraz,   
   że zdobyłem/am konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty   
   i realizacji zamówienia;
2. 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;
3. uważam się za związaną/ym niniejszą ofertą na czas wskazany w ogłoszeniu   
   o zamówieniu i SWZ;
4. zawarte w SWZ projektowane postanowienia umowy zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nich zapisanych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Informuję, 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, że wypełniłam/em obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałam/em w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego   
   w niniejszym postępowaniu.
2. Oświadczam, że:
3. prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą/jestem osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczą/emerytem\*
4. jestem **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)

*\*odpowiednie zaznaczyć*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są :
2. ..........................................................
3. ..........................................................
4. ……………………………………..

……………………………………………  
(podpis)