Numer referencyjny postępowania

**SZP/P-PU/01/2024ABM**

**Załącznik nr 3 do SWZ**

# **Formularz oferty**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie Zamówienia prowadzonego na podstawie ustawy z dnia   
11 września 2019 r.– Prawo zamówień publicznych, na zadanie pod nazwą: ***„USŁUGI PERSONELU BADAWCZEGO EKSPERYMENTU BADAWCZEGO”*** my niżej podpisani:

**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 …………….. wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji   
o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej pod numerem NIP: …………………………. REGON …………… telefon:……………………. Email:………………………………………………

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 na:

**Część nr 1 -** Usługi pracownika laboratorium chodu

* + - 1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

………………………………………………………………. złotych brutto

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

* + - 1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w prowadzeniu badań laboratoryjnych chodu oraz analizie i przetwarzaniu uzyskanych danych **(min. 12 miesięcy)**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy - doświadczenie w prowadzeniu badań laboratoryjnych chodu oraz analizie i przetwarzaniu uzyskanych danych | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 2 -** Usługi fizjoterapeuty do laboratorium chodu

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w przeprowadzaniu badań laboratoryjnych chodu oraz przeprowadzeniu biometrycznej oceny nagrania video (EVGS**(min. 6 miesięcy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy - doświadczenie w przeprowadzaniu badań laboratoryjnych chodu oraz przeprowadzeniu biometrycznej oceny nagrania video (EVGS | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 3 -** Usługi fizjoterapeuty w zakresie monitoringu uczestników eksperymentu badawczego

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w pracy fizjoterapeuty (**min. 6 miesięcy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy - doświadczenie w pracy fizjoterapeuty | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 4 -** usługi fizjoterapeuty oceniającego w grupie wiekowej od 13 miesiąca do 21 roku życia

( badawczy cykl terapeutyczny)

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w przeprowadzaniu oceny klinicznej i stanu funkcjonalnego pacjentów pediatrycznych z chorobami nerwowo-mięśniowymi**(min. 6 miesięcy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy -doświadczenie w przeprowadzaniu oceny klinicznej i stanu funkcjonalnego pacjentów pediatrycznych z chorobami nerwowo-mięśniowymi | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 5 -** usługi terapeuty zajęciowego oceniającego - badawczy cykl terapeutyczny

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w przeprowadzaniu oceny behawioralnej**(min. 6 miesięcy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy -doświadczenie w przeprowadzaniu oceny behawioralnej | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 6 -** usługi lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu - badawczy cykl terapeutyczny

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w leczeniu pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi **(min. 12 miesięcy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy -doświadczenie w leczeniu pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 7 -** usługi lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej - badawczy cykl terapeutyczny

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w leczeniu pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi (**min. 12 miesięcy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy - doświadczenie w leczeniu pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 8**- usługi fizjoterapeuty oceniającego dedykowanego do grupy wiekowej od 0 do 12 miesiąca życia - badawczy cykl terapeutyczny

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w przeprowadzaniu oceny klinicznej i stanu funkcjonalnego pacjentów od   
0 do 12 miesiąca życia z chorobami nerwowo-mięśniowymi**(min. 3 lata)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy -doświadczenie w przeprowadzaniu oceny klinicznej i stanu funkcjonalnego pacjentów od  0 do 12 miesiąca życia z chorobami nerwowo-mięśniowymi | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 9** - usługi fizjoterapeuty prowadzącego terapię dedykowanego do grupy wiekowej od 0 do 12 miesiąca życia - badawczy cykl terapeutyczny

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczeniew fizjoterapii pacjentów od 0 do 12 miesiąca życia z chorobami nerwowo-mięśniowymi**(min. 3 lata)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy – doświadczenie w fizjoterapii pacjentów od 0 do 12 miesiąca życia z chorobami nerwowo-mięśniowymi | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 10** - usługi terapeuty zajęciowego prowadzącego terapię dedykowanego do grupy wiekowej od 0 do 12 miesiąca życia - badawczy cykl terapeutyczny

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi z chorobami nerwowo-mięśniowymi (**min. 6 miesięcy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż - doświadczeniew pracy z pacjentami pediatrycznymi z chorobami nerwowo-mięśniowymi | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 11 -** usługi terapeuty zajęciowego prowadzącego terapie kognitywną w grupie wiekowej od 13 miesiąca życia do 21 roku życia - badawczy cykl terapeutyczny

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi z chorobami nerwowo-mięśniowymi**(min. 6 miesięcy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy -doświadczeniew pracy z pacjentami pediatrycznymi z chorobami nerwowo-mięśniowymi | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 12 -** usługi fizjoterapeuty prowadzący terapię w grupie wiekowej od 13 miesiąca do 21 roku życia ( badawczy cykl terapeutyczny)

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w fizjoterapii pacjentów pediatrycznych z chorobami nerwowo-mięśniowymi(**min. 6 miesięcy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach staż pracy –doświadczenie w fizjoterapii pacjentów pediatrycznych z chorobami nerwowo-mięśniowymi | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 13 -** usługi eksperta z obszaru SMA dla grupy wiekowej od 0 do 17 roku życia

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w leczeniu pacjentów z SMA**(min. 2 lata)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach doświadczenie w leczeniu pacjentów z SMA | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

**Część nr 14 -** usługi eksperta z obszaru SMA dla grupy wiekowej od 18 do 21 roku życia

1. **Kryterium cena:**

Maksymalne szacunkowe wynagrodzenie z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia wynosi:

**………………………………………………………………. złotych brutto**

zgodnie ze złożonym formularzem cenowym.

1. **Kryterium doświadczenie**

Doświadczenie w leczeniu pacjentów z SMA **(min. 2 lata)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | Wskazać w latach doświadczenie w leczeniu pacjentów z SMA | Nazwa i adres jednostki |
| 1. |  |  |  |

1. **DANE WYKONAWCY potrzebne do realizacji zamówienia:**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………...

Adres e-mail: . ………………………………………………………………………………………

Nr telefonu ………………………………………………………………………………………..…

1. **NR KONTA BANKOWEGO** do regulowania należności z tytułu realizacji zamówienia:

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

1. **WARUNKI PŁATNOŚCI** zostały określone w Projektowanych postanowieniach umowy, stanowiących załącznik do SWZ.
2. **Oświadczamy**, że następujące dokumenty zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane *(\*wypełnić, jeśli dotyczy):*………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………….……
3. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani ofertą do upływy terminu wskazanego w SWZ.
4. **OSOBĄ** upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:

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

1. **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): ……………………………………………………………………………*

…………………………………………………………………………………………………  
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

*Formularz 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)