

## FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy	
Adres	
Numer telefonu	Numer faksu
Adres E-mail	Strona internetowa
Numer REGON	Numer NIP

W związku z ubieganiem się o realizację usługi polegającej na **prowadzeniu indywidualnej terapii integracji sensorycznej lub biofeedback z elementami terapii integracji sensorycznej ogółem dla 3 grup po 5 dzieci**

zamieszkałych na terenie powiatu łowickiego, zapewniając bezpieczne i higieniczne warunki realizacji w/w usługi dla wszystkich uczestników, w ramach **projektu „Rodzina z przyszłością” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, oś Priorytetowa IX, Działanie IX.2, Poddziałanie IX.2.1**

proponujemy:

- Łączną cenę brutto (całkowity koszt usługi): .....złotych  
słownie: .....
- Cena za jedną godzinę zajęć brutto:.....  
słownie zł: .....

Suma powyższych kosztów stanowi całkowity koszt, jaki ponosi Zamawiający z tytułu realizacji umowy, w przypadku wyboru niniejszej oferty.



- 2) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z wzorem umowy załączonej do FORMULARZA OFERTOWEGO i akceptujemy warunki oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do jej zawarcia w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- 3) Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, a oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji w rozumieniu obowiązujących przepisów.
- 4) Do oferty dołączamy dokumenty zgodnie z wykazem dokumentów i oświadczeń wymaganych przez Zamawiającego.

**5. Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty są:**

- 1) Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu - **Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego.**
- 2) Oświadczenie o braku powiązania osobowego i kapitałowego z Zamawiającym stanowiące **Załącznik Nr 2 do formularza ofertowego.**
- 3) Wykaz osób – **Załącznik Nr 3 do formularza ofertowego.**
- 4) Wykaz usług - **Załącznik Nr 4** wraz z załączonymi dokumentami potwierdzającymi należyte wykonanie zamówienia (referencje lub protokół odbioru).
- 5) Umowa (**Załącznik Nr 5 do formularza ofertowego**) z załącznikami.
- 6) Opłaconą polisę a w przypadku jej braku, inny dokument potwierdzający, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia lub oświadczenie, że Wykonawca wykupi stosowne ubezpieczenie po wybraniu jego oferty.
- 7) Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia osób wskazanych przez oferenta jako prowadzący **indywidualną terapię integracji sensorycznej lub biofeedback z elementami terapii integracji sensorycznej** wraz z referencjami.

.....  
(miejscowość i data)

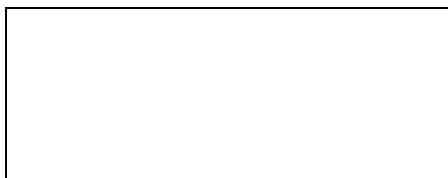
.....  
(podpis i pieczęć Wykonawcy)



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



**Załącznik Nr 1 do  
formularza ofertowego**



Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW OKREŚLONYCH  
W ART. 22 UST. 1 USTAWY PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

Oświadczam(y), że Wykonawcy, którego reprezentuję (my):

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)  
.....

spełnia warunki udziału w postępowaniu na organizację:

.....  
(nazwa przedmiotu zamówienia)  
.....

Jednocześnie oświadczam(y), że Wykonawca, którego reprezentuję(my):

- 1) posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- 2) posiada wiedzę i doświadczenie,
- 3) dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- 4) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

.....dnia.....  
(miejscowość)

.....  
(pieczęć imienna i podpis osoby lub osób  
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy  
wymienionych w dokumentach rejestrowych  
lub we właściwym upoważnieniu)

Na podstawie art. 2 pkt.11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 1579 z późn. zm.) za Wykonawcę należy rozumieć osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, która ubiega się o udzielenie zamówienia publicznego, złożyła ofertę lub zawarła umowę w sprawie zamówienia publicznego.



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



**Załącznik Nr 2 do  
formularza ofertowego**



Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZANIA OSOBOWEGO I KAPITAŁOWEGO  
Z ZAMAWIAJĄCYM**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące realizacji:

.....  
(nazwa przedmiotu zamówienia)

oświadczam(y), że Wykonawcy, którego reprezentuję (my):

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)  
.....  
.....

nie jest powiązany/a z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....dnia.....  
(miejsowość)

.....  
(pieczęć imienna i podpis osoby lub osób  
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy  
wymienionych w dokumentach rejestrowych  
lub we właściwym upoważnieniu)



**Załącznik Nr 3 do formularza ofertowego**



Pieczęć Wykonawcy

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu oświadczamy, że przy realizacji zamówienia będą uczestniczyły następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Planowany zakres wykonywanych czynności	Posiadane uprawnienia -zakres uprawnień (nr uprawnień/dyplomu jeśli dotyczy)	Staż pracy	Informacja o podstawie do dysponowania wskazanymi osobami (wskazanie formy współpracy tj. np. umowa o pracę, umowa zlecenie, zobowiązanie podmiotu trzeciego)

Osoby wyszczególnione w ww. wykazie, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane przez Zamawiającego uprawnienia.

.....dnia.....  
(miejsowość)

.....  
(pieczęć imienna i podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy wymienionych w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



**Załącznik Nr 4  
do formularza ofertowego**

**Wykaz usług – dotyczy oferenta**

Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych głównych usług w okresie trzech lat przed upływem terminu składania ofert o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia o nazwie: **prowadzeniu indywidualnej terapii integracji sensorycznej lub biofeedback z elementami terapii integracji sensorycznej dla 3 grup po 5 osób**

Lp.	Ogólna charakterystyka usługi  Prowadzenie indywidualnej terapii integracji sensorycznej lub biofeedback z elementami terapii integracji sensorycznej  wraz z podaniem liczby uczestników, liczby godzin i źródła finansowania  (liczba wskazanych godzin ma być analogiczna z liczbą godzin umieszczonych w dokumentach potwierdzających doświadczenie oferenta)	Data wykonania *		Nazwa Odbiorcy (Zamawiającego, to jest podmiotu z którym Wykonawca zawarł umowę)
		data (tj. dzień-miesiąc-rok) <b>rozpoczęcia usługi</b> (zgodnie z zawartą umową)	data (tj. dzień-miesiąc-rok) <b>zakończenia usługi</b> (zgodnie z zawartą umową)	

Na potwierdzenie powyższych danych załączamy dowody potwierdzające, że ww. usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie zgodnie z Rozporządzenia Ministra Rozwoju z dnia 26.07.2016r. w sprawie rodzaju dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. z 2018r. poz. 1993) są:

- 1) referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane,
- 2) oświadczenie Wykonawcy - jeżeli z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać poświadczenia, o którym mowa powyżej.

.....dnia.....  
(miejscowość)

.....

(pieczęć imienna i podpis osoby lub osób  
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy  
wymienionych w dokumentach rejestrowych  
lub we właściwym upoważnieniu)



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 5 do  
formularza ofertowego

Wzór



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Umowa współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## Projekt „Rodzina z przyszłością”

### UMOWA NR .../2019

Zawarta w dniu ..... 2019r. w Łowiczu. pomiędzy:

**Powiatem Łowickim, NIP: 834-188-25-19** z upoważnienia którego działa **Małgorzata Wagner - Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu, Podrzeczna 30, 99-400 Łowicz** zwanym dalej w treści „Zamawiającym”

a

.....

.....

(nazwa i adres oferenta)

**NIP:** ....., **REGON:** ..... reprezentowanym przez:

..... – właściciela firmy zwanego dalej „Wykonawcą”.  
wspólnie zwanymi w dalszej części umowy „Stronami”.

#### § 1

Strony oświadczają, że niniejsza umowa została zawarta w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, przeprowadzonego w trybie zapytania ofertowego (rozeznanie rynku) zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2018r. poz. 1986 z późn. zm.).

#### § 2

1. Przedmiotem umowy jest zorganizowanie i przeprowadzenie usługi w zakresie prowadzenia indywidualnej terapii integracji sensorycznej lub biofeedback z elementami terapii integracji sensorycznej ogółem dla 3 grup po 5 dzieci zwanej dalej terapią zgodnie z założeniami współfinansowanego przez Europejski Fundusz Społeczny projektu „Rodzina z przyszłością” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, oś priorytetowa IX, Działanie IX.2, Poddziałanie IX.2.1.

2. Wykonawca oświadcza, że posiada uprawnienia oraz odpowiednie kwalifikacje i warunki do należytego wykonania usługi.

#### § 3

1. Usługą objętych zostaną 3 grupy po 5 osób (dzieci umieszczonych w rodzinach zastępczych) zamieszkałych na terenie powiatu łowickiego. Jeśli wystąpi konieczność dalszego usprawniania osoba może zostać ponownie skierowana do udziału w terapii. Wykaz uczestników zaliczonych do I grupy stanowi – załącznik nr 1 do umowy. Uczestnicy II i III grupy zostaną zakwalifikowani do udziału w terapii po zakończeniu I edycji oddziaływań.



a) Termin i miejsce prowadzenia terapii: .....

2. Szczegółowe obowiązki Wykonawcy przy realizacji zamówienia:

1) zorganizowanie i przeprowadzenie terapii integracji sensorycznej lub biofeedback z elementami terapii integracji sensorycznej zwanej dalej terapią ogółem dla III grup po 5 osób każda w terminie:

I grupa: sierpień – grudzień 2019r. – 100 godzin

II grupa: styczeń – maj 2020r. – 100 godzin

III grupa: styczeń – maj 2021r. – 100 godzin

2) na jedną osobę skierowaną przez Zamawiającego do udziału w terapii przypada 20 godzin indywidualnych oddziaływań terapeutycznych (4 godziny w miesiącu).

3) przy organizacji terapii Wykonawca uwzględnia następujące elementy:

a) przez godzinę pracy Zamawiający rozumie godzinę zegarową, w której bierze udział jedno dziecko oraz co najmniej jeden terapeuta,

b) prawo do kierowania dziećmi na specjalistyczną terapię ma wyłącznie Zamawiający. Zamawiający przed rozpoczęciem realizacji usługi dostarczy Wykonawcy listę dzieci skierowanych na terapię.

c) spotkania terapeutyczne odbywają w odstępach czasowych zgodnych z wymogami obowiązującymi przy prowadzeniu tego typu terapii. Szczegółowe terminy wraz z godzinami terapii zostaną ustalone przez Wykonawcę z rodzicami zastępczymi każdego dziecka indywidualnie. Tak ustalony grafik zostanie przekazany Zamawiającemu.

d) godziny prowadzenia terapii: godziny popołudniowe w każdy dzień tygodnia poza weekendem i dniami wolnymi od pracy.

e) usługa ma być realizowana w Łowiczu w pomieszczeniach Wykonawcy odpowiednio wyposażonych do przeprowadzenia terapii.

4) zagwarantowanie kadry posiadającej stosowne kwalifikacje i uprawnienia do prowadzenia terapii, gwarantując prawidłową organizację i przeprowadzenie usługi.

5) zagwarantowanie zastępstwa innych osób o równoważnych kwalifikacjach w przypadku nieprzewidzianych okoliczności uniemożliwiających realizację usługi przez osoby wskazane w ofercie, po uzgodnieniu z Zamawiającym.

6) wyekspozowanie w pomieszczeniach, w których realizowana będzie usługa plakatu informującego o finansowaniu terapii przez Europejski Fundusz Społeczny. Materiały promocyjne zobowiązany jest dostarczyć Zamawiający.

7) przedstawienie Zamawiającemu w trakcie terapii i po jej zakończeniu informacji i wskazówek do dalszej pracy z dzieckiem i rodziną oraz zaświadczeń dotyczących udziału w terapii,

8) prowadzenie listy obecności z podziałem na kolejne dni terapii,

9) zapewnienie dostępu do łazienek i toalet,

10) przekazanie wraz z fakturą dokumentów potwierdzających przeprowadzenie terapii (imiennie listy obecności z podpisami uczestników potwierdzające udział w spotkaniach, kserokopie zaświadczeń, kserokopie zaleceń do dalszej pracy, dzienniki zajęć).

11) opracowanie harmonogramu indywidualnych spotkań terapeutycznych,

12) przygotowanie wstępnej diagnozy i opracowanie indywidualnych programów zajęć terapeutycznych,

13) przekazywanie Zamawiającemu, na bieżąco i po zakończeniu zajęć, zaleceń do dalszej pracy z dzieckiem,

14) dokumentowanie zajęć terapeutycznych w dzienniku zajęć i listach obecności. Wykonawca jest zobowiązany do odrobienia godzin terapii nie zrealizowanych w wyniku choroby dziecka, dodatkowych zajęć szkolnych, konsultacji medycznych, itp., których nie można było przewidzieć na etapie tworzenia harmonogramu zajęć,

15) zamieszczenie informacji o fakcie współfinansowania projektu z EFS na wszelkiego rodzaju dokumentach, zgodnie z wzorami przekazanymi przez Zamawiającego w tym:

- na prowadzonej dokumentacji,

- oraz na wszystkich innych dokumentach nie wymienionych wyżej, które Wykonawca ma obowiązek dostarczyć Zamawiającemu.

16) realizowanie zleconych czynności z zachowaniem należytej staranności, jak również zabezpieczyć i zachować w tajemnicy -zarówno w trakcie trwania umowy, jak i po jej ustaniu - wszelkie informacje i dane osobowe, nie będące jawnymi, do których uzyska dostęp w związku z realizacją powierzonego zadania.

#### § 4

Wykonawca nie może powierzyć wykonania usługi innej osobie lub firmie.

#### § 5

1 Strony uzgadniają, że za wykonanie usługi Wykonawca otrzyma wynagrodzenie w kwocie .....zł brutto.

(słownie: ..... brutto) za całkowite wykonanie usługi, .....zł brutto (słownie: ..... brutto) za jedną godzinę sesji terapeutycznej dla 1 osoby). Jedna sesja terapeutyczna trwa 60 minut.

- 2 Wypłata wynagrodzenia za zrealizowane godziny terapii dokonywana będzie w transzach miesięcznych w ciągu 14 dni po przedłożeniu rachunku wraz z wymaganą dokumentacją potwierdzającą wykonanie usługi oraz po sporządzeniu protokołu odbioru przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę. W tym celu Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia wymaganej dokumentacji za poprzedni miesiąc do dnia 5 każdego następnego miesiąca.
- 3 Wynagrodzenie jest finansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- 4 Poza wynagrodzeniem określonym w ust.1 Wykonawcy nie przysługuje prawo żądania zwrotu jakichkolwiek kosztów związanych z realizacją przedmiotu umowy.

**§ 6**

Prowadzenie terapii przez osoby nieuprawnione spowoduje rozwiązanie umowy ze skutkiem natychmiastowym wraz z utratą prawa do wynagrodzenia za godziny terapii przeprowadzanej przez te osoby.

**§ 7**

Zamawiający wskazuje do współpracy koordynatora projektu: Małgorzatę Janicką  
Wykonawca wskazuje do współpracy: .....

**§ 8**

1. W przypadku nienależytego wykonania umowy Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w wysokości 10% ustalonej należności.
2. W przypadku niewykonania umowy Wykonawcy nie przysługuje należność określona w § 8 niniejszej umowy, a w przypadku nienależytego wykonania umowy – tylko za część umowy należycie wykonaną z potrąceniem kar umownych.

**§ 9**

Zmiany umowy dla swej ważności wymagają zachowania formy pisemnej w postaci aneksu.

**§ 10**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§ 11**

Sądem właściwym dla rozstrzygania sporów powstałych na tle niniejszej umowy jest sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

**§ 12**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....

**ZAMAWIAJĄCY**

.....

**WYKONAWCA**

Załączniki:

1. Harmonogram terapii
2. Lista osób skierowanych na terapię
3. Wzór logotypów