ROPS.X.2205/16/2020 Załącznik nr 1

**Formularz ofertowy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zamawiający:**  Województwo Wielkopolskie  Al. Niepodległości 34,61-714 Poznań  NIP 778-13-46-888  Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu  ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań | | | | | | |
| **Wykonawca:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *pełna nazwa/firma* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *Adres* | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | |
| *NIP* | | | | |  | *REGON* | |
|  |  |  |  |  | | | |
| *nr telefonu* |  | *Faxu* |  | *e-mail* | | | |
|  | | | | | | | |

**Oferta Wykonawcy:**

W związku z zapytaniem ofertowym nr ROPS.X.2205/16/2020 na przeprowadzenie kompleksowej diagnozy FAS, nr, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w kwocie**:**

**………………………………………… zł netto**

**………………………………………… zł brutto**

Oświadczam, iż spełniam/spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone w rozdziale II Zapytania ofertowego nr ROPS.X.2205/16/2020

Do realizacji usługi określonej w zapytaniu ofertowym zapewniam/my placówkę\*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**\*należy podać nazwę oraz adres placówki**

……………………………. ….………………………………………………………..

Miejscowość, data podpis i pieczęć osoby uprawnionej   
 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Wykaz osób realizujących usługę**

Oświadczam, iż osoby wskazane do realizacji zamówienia spełniają warunki udziału w postępowaniu określone w rozdziale II Zapytania ofertowego nr ROPS.X.2205/16/2020

……………………………. ….………………………………………………………..

Miejscowość, data podpis i pieczęć osoby uprawnionej   
 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Poniższe informacje uzupełniają osoby wyznaczone przez Wykonawcę do realizacji usługi, zgodnie   
z opisem przedmiotu zamówienia w postepowaniu ROPS.X.2205/16/2020,**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Oświadczenie osób wskazanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia na rzecz Zamawiającego** | |

**1. PSYCHOLOG**

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

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **psychologicznym**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

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

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

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

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami   
i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FASD w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu diagnozy** w kierunku zaburzeń neurorozwojowych, w tym FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia\*** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FASD**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

……………………………. ….………………………………………………………..

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia

**2. PEDAGOG**

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

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **pedagogicznym**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

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

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

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

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami   
i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FASD w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu diagnozy** w kierunku zaburzeń neurorozwojowych, w tym FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FASD**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

……………………………. ….………………………………………………………..

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia

**3. FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT**

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

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **fizjoterapeuta lub rehabilitacja**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

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

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

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

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami   
i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FASD w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu diagnozy** oraz w prowadzeniu zajęć fizjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi, w tym z dziećmi   
z FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FASD**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

……………………………. ….………………………………………………………..

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia

**4. LEKARZ MEDYCYNY**

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

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **psychologicznym**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

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

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

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

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami   
i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FASD w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu diagnozy** w kierunku zaburzeń neurorozwojowych, w tym FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FASD**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

……………………………. ….………………………………………………………..

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia