**Załącznik nr 1 do ogłoszenia – formularz oferty**

**DANE WYKONAWCY:**

Nazwa / Imię i nazwisko: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: ulica . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

kod . . . . . . . . . . miejscowość . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

tel.: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . fax: (jeżeli posiada): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

e-mail: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . (wymagany)

NIP: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Małe / średnie \* przedsiębiorstwo *(nie dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą w sposób indywidualny (jednoosobowy) lub osób nieprowadzących działalności gospodarczej)*

**OFERTA**

1. Niniejszym w imieniu wymienionego powyżej Wykonawcy oferuję realizację na rzecz Zamawiającego zamówienia publicznego na:

**Wykonywanie czynności w charakterze Asystenta Zdrowienia w projekcie: „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie”**

**- w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego**

**(POWR.04.01.00-00-DI12/17 zad.1 poz.11**

**11/POWR/2020**

za następującą cenę ofertową obliczoną zgodnie z wymogami ogłoszenia:

Cena jednej **godziny** wynosi brutto: **........................... zł**.

**Maksymalna ilość godzin** w okresie obowiązywania umowy wynosi **48 godzin,** tj. **24 godziny/1 miesiąc x 2 miesiące**

Wartość oferty brutto\*: **……………………….. zł *(należy wpisać iloczyn 48 godz. x stawka godzinowa )***

\*Cena brutto obejmuje wszystkie należne podatki, obciążenia i koszty. Wykonawca będący osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, w cenie oferty musi uwzględnić koszt ubezpieczenia ZUS i podatku dochodowego.

1. Osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia jest *(imię i nazwisko)*:

……………………………………………………………………………………

1. **Doświadczenie i staż pracy osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia** (podać instytucję, okres pracy na jej rzecz oraz zakres czynności wykonywanych podczas tego okresu – tak aby Zamawiający mógł ocenić spełnienie warunków opisanych w ogłoszeniu):

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

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

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

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

1. **Oświadczenia Wykonawcy:**
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt. 12-23 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że osoba wyznaczona do realizacja zamówienia posiada aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy.
4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z ogłoszeniem o zamówieniu i uznaję się związaną/ny określonymi w nim zasadami postępowania.
5. Oświadczam, że uważam się związaną/ny niniejszą ofertą na czas wskazany w ogłoszeniu o zamówieniu.
6. Oświadczam, że zapoznałam/em się z istotnymi postanowieniami umowy, które zostały  
   zawarte w ogłoszeniu i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach tam zawartych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Wynagrodzenie należy przekazywać na wskazane poniżej konto bankowe:

Nr ………………………………………………….………………………….…………………………………...

w terminie 30 dni od daty złożenia rachunku.

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
2. Załącznikami do niniejszej oferty są:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

1. *administratorem danych osobowych Wykonawcy jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;*
2. *administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej:* [*kancelaria@mr.gov.pl*](mailto:kancelaria@mr.gov.pl)*;*
3. *administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;*
4. *dane osobowe mogą być udostępnione Beneficjentowi realizującemu projekt, tj. Miasto Stołeczne Warszawa oraz innym podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu, tj. Mazowieckiemu Szpitalowi Wojewódzkiemu Drewnica Sp. z o.o. z siedzibą w Ząbkach. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER;*
5. *administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*
6. *mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:*

1. *Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu wynikającego z wytycznych PO WER;*
2. *przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;*
3. *podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;*
4. *administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe*

*.......................... dnia …………*

*………………………………...………………………..*

*Podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu*

*Wykonawcy oraz pieczątka/ pieczątki*

***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).***

***\*\* 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).***

*\*niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 1 do umowy ……………………z dnia ……………………………..

Ząbki, dnia ………………..

……………………………………………..

Imię i nazwisko wystawcy rachunku

……………………………………………..

komórka organizacyjna

Nr NIP …………………………..………..

**RACHUNEK**

**Dla Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica Sp. z o.o.**

Zgodnie z umową nr ……………………………… z dnia ……………………………………..za

wykonanie prac zleconych w miesiącu …………………………….

na kwotę zł……………………………………… brutto słownie złotych

……………………………………………………………………………..

Liczba godzin ogółem

………… Stawka za godzinę …………………………..……..…………………

…………………………………………..

podpis wystawcy rachunku

**Stwierdzam wykonanie i przyjęcie prac zleconych zgodnie z umową**

Ząbki, dnia ……………………………….

……………………………………………………………

Pieczęć i podpis Kierownika komórki

organizacyjnej /wnioskodawcy

Załącznik nr 2 do umowy ……………………….z dnia…………………..

Ząbki, dnia ………………..

……………………………………………….………

(miejsce wykonywania czynności zleconych)

**Potwierdzenie**

wykonania czynności zleconych w miesiącu ………………………………………… roku …………..

w ramach zawartej umowy nr …………………………………… z dnia ………………………………

…………………………………………………………………………………….

*(Imię i Nazwisko/Nazwa wykonawcy)*

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Godziny wykonywania czynności  (od do): |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Suma godzin:** |  |

**Załącznik nr 3 do umowy nr ………**

**Oświadczenie**

**O spełnieniu warunków kwalifikowalności:**

Ja …………………………..…………………………….. PESEL …………………………

(imię i nazwisko zleceniobiorcy)

**oświadczam,** że obciążenie wynikające z wykonywania przeze mnie wszystkich zadań z różnych form zaangażowania (innych stosunków pracy, umów zleceń, umów o dzieło, i innych form zatrudnienia) nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich zadań powierzonych mi w projekcie **"Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” – w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego** oraz , że **nie** przekroczyłam/em limitu **276 godzin łącznej pracy miesięcznie** w miesiącu ………………………………. rok……………………

\*)w celu prawidłowego obliczenia limitu uwzględniono:

* w przypadku umowy o pracę – liczbę dni roboczych w danym miesiącu.
* w przypadku samozatrudnienia – liczbę godzin faktycznie przepracowanych w ramach działalności gospodarczej (wszystkich prowadzonych przeze mnie projektów).
* w przypadku pozostałych form – liczbę godzin faktycznie przepracowanych.

Ponadto uwzględniono:

* nieobecności związane ze zwolnieniami lekarskimi,
* nieobecności związane z urlopem wypoczynkowym,
* nieobecności związane z urlopem rodzicielskim i wychowawczym,
* czas zatrudnienia w trakcie urlopu rodzicielskiego i wychowawczego.

Do limitu nie wliczam nieobecności związanych z urlopem bezpłatnym.

……………………….………………………………

data i podpis zleceniobiorcy

\*) Wyjaśnienie dotyczące prawidłowego obliczania limitu godzin, aby wymagany warunek kwalifikowalności został spełniony w projekcie **"Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” – w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.**

**Załącznik nr 3 do ogłoszenia –** Oświadczenie

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Dane dla celów zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz realizacji obowiązków podatkowych z Urzędem skarbowym:

1. Imię i Nazwisko: .......................................................................................................................................
2. Drugie imię (jeśli wpisane w dowodzie osobistym): ...........................................................
3. Nazwisko rodowe: ...........................................................................................................
4. Data urodzenia:...............................................................................................................
5. PESEL: ...........................................................................................................................
6. Urząd Skarbowy (nazwa i adres): .......................................................................................................................................
7. Seria i nr dowodu: ....................................... Obywatelstwo: ..........................................
8. Informacja o uprawnieniach do pobierania:

* Emerytury: tak / nie \* - Renty: tak /nie \*

1. Czy jest orzeczony stopień niepełnosprawności: …………….............., jeśli tak :

1. Mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności
2. Mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
3. Mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
4. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia: ......................................................................................................................................
5. **Miejsce zatrudnienia** w czasie trwania umowy w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim Drewnica Sp. z o.o., tj. w okresie **od dnia ……………….…… r. do dnia ………….…….. r.** – nazwa i adres pracodawcy lub innego zleceniodawcy, u którego są odprowadzane składki na ubezpieczenie emerytalno – rentowe):

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

1. Czy Zleceniobiorca jest studentem do 26-go roku życia/ Nie ma statusu studenta i nie ukończył 26 roku życia (odpowiednio wpisać poniżej): .......................................................................................................................................
2. **Wykształcenie**: ……………..….………………**specjalizacja**: ………………………………….….
3. **Numer telefonu**: …………………………. e-mail:…………………………………………………….
4. Adres zameldowania:

* Kod pocztowy: .................................... Miejscowość:……………………………………………...........................................................
* Gmina: .......................................................................
* Ulica: ..........................................................................
* Nr domu: ...........................Nr lokalu: .........................
* Powiat: ........................................................................
* Województwo: ..............................................................

1. Adres zamieszkania:

* Kod pocztowy: ..................................... Miejscowość: ....................................................
* Gmina: .................................................... Ulica: ............................................................
* Nr domu: ...........................Nr lokalu: ......................... Telefon: .....................................
* Powiat: ................................................ Województwo: ...................................................

1. **Czy Zleceniobiorca wnosi o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem**:
2. emerytalnym – tak / nie\* 3. rentowym – tak / nie\*
3. chorobowym – tak / nie\*

Zgłoszenie o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym umożliwia osobie przebywającej na zwolnieniu lekarskim, otrzymanie zasiłku chorobowego. Zaznaczenie opcji „nie” - będzie skutkować brakiem prawa do zasiłku w przypadku choroby.

1. Proszę o przesyłanie na **konto** / wypłatę gotówką \*

w banku …………………….…… nr konta ………………………..………………………….………

Oświadczam, że moje wynagrodzenie *z umowy o pracę* / *umowy zlecenia\** w macierzystym zakładzie pracy, która jako pierwsza rodziła obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, otrzymane w okresie wykonywania świadczeń dla Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica Sp. z o.o. **od dnia ……………… r. do ………………. r.**, jest:

□ – niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określanego na dany rok przez akty

wykonawcze.

□ – równe lub wyższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określanego na dany rok.

1. Jednocześnie zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica Sp. z o. o. **o sytuacji zmiany, tj. o uzyskaniu niższego wynagrodzenia w danym miesiącu,** w macierzystym zakładzie pracy, niż kwota minimalnego wynagrodzenia określonego przez akty wykonawcze.

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadom(y)/(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

***Uwaga:***

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

1. *administratorem danych osobowych* ***Zleceniobiorców*** *jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;*
2. *administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej:* [*kancelaria@mr.gov.pl*](mailto:kancelaria@mr.gov.pl)*;*
3. *administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;*
4. *dane osobowe mogą być udostępnione Beneficjentowi realizującemu projekt, tj. Miasto Stołeczne Warszawa oraz innym podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu, tj. Mazowieckiemu Szpitalowi Wojewódzkiemu Drewnica Sp. z o.o. z siedzibą w Ząbkach. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER*;
5. *administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*
6. *mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:*

1. *Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu wynikającego z wytycznych PO WER;*
2. *przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych* *oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego*;
3. *podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;*
4. *administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.*

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

data i podpis Zleceniobiorcy

\*   niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 4 do ogłoszenia - Zaświadczenie**

**…………………………………….……**

pieczęć zakładu pracy

**ZAŚWIADCZENIE**

**DLA CELÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

**I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Niniejszym zaświadcza się, że

Pan/Pani\*

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

Adres zameldowania

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

PESEL

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

Jest zatrudniony w:

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

Na podstawie

* umowy o pracę na czas: określony / nieokreślony\*, w wymiarze etatu:

……………………….. od dnia: ……………………….… do dnia: ………….…….…………

Składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zawartej ww. umowy odprowadzane są od kwoty:

* - równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę (t.j. 2600 brutto w

2020 r.)

* - niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę (tj. 2600 brutto w 2020 r.) tj. od

kwoty: ……………………………

W przypadku gdy kwoty wynagrodzenia miesięcznego bywają różne, to zaświadczenie należy składać co miesiąc.

* umowy zlecenia od dnia: …………………….….… do dnia: ………….………..…………

Składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zawartej ww. umowy odprowadzane są od kwoty:

* - równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę (tj. 2600 brutto w

2020 r.)

* - niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę (tj…………… brutto w 2020 r.) tj. od

kwoty: ……………………………

**Data wystawienia, pieczęć i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej**

**Jednocześnie zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica Sp. z o. o. o sytuacji zmiany, tj. o uzyskaniu niższego wynagrodzenia w danym miesiącu, w macierzystym zakładzie pracy, niż kwota minimalnego wynagrodzenia określonego przez akty wykonawcze.**

……………………………………………

podpis Zleceniobiorcy

***Uwaga:***

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

1. *administratorem danych osobowych* ***Zleceniobiorców*** *jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;*
2. *administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej:* [*kancelaria@mr.gov.pl*](mailto:kancelaria@mr.gov.pl)*;*
3. *administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;*
4. *dane osobowe mogą być udostępnione Beneficjentowi realizującemu projekt, tj. Miasto Stołeczne Warszawa oraz innym podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu, tj. Mazowieckiemu Szpitalowi Wojewódzkiemu Drewnica Sp. z o.o. z siedzibą w Ząbkach. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER*;
5. *administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*
6. *mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:*

1. *Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu wynikającego z wytycznych PO WER;*
2. *przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych* *oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego*;
3. *podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;*
4. *administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.*

*\* - niepotrzebne skreślić*

* *- odpowiednie zaznaczyć*

**Załącznik nr 5 do ogłoszenia - oświadczenie**

**Oświadczenie**

**O spełnieniu warunków kwalifikowalności:**

Ja …………………………..…………………………….. PESEL …………………………

(imię i nazwisko zleceniobiorcy)

**oświadczam,** że obciążenie wynikające z wykonywania przeze mnie wszystkich zadań z różnych form zaangażowania (innych stosunków pracy, umów zleceń, umów o dzieło, i innych form zatrudnienia) nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich zadań powierzonych mi w projekcie **"Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” – w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego** oraz , że **nie** przekroczyłam/em limitu **276 godzin łącznej pracy miesięcznie** w okresie trwania projektu. Warunki te będą spełnione w całym okresie kwalifikowania wynagrodzenia wynikającego z w /w projektu i potwierdzane miesięcznie.

\*)w celu prawidłowego obliczenia limitu uwzględniono:

* w przypadku umowy o pracę – liczbę dni roboczych w danym miesiącu.
* w przypadku samozatrudnienia – liczbę godzin faktycznie przepracowanych w ramach działalności gospodarczej (wszystkich prowadzonych przeze mnie projektów).
* w przypadku pozostałych form – liczbę godzin faktycznie przepracowanych.

Ponadto uwzględniono:

* nieobecności związane ze zwolnieniami lekarskimi,
* nieobecności związane z urlopem wypoczynkowym,
* nieobecności związane z urlopem rodzicielskim i wychowawczym,
* czas zatrudnienia w trakcie urlopu rodzicielskiego i wychowawczego.

Do limitu nie wliczam nieobecności związanych z urlopem bezpłatnym.

……………………….………………………………

data i podpis zleceniobiorcy

\*) Wyjaśnienie dotyczące prawidłowego obliczania limitu godzin, aby wymagany warunek kwalifikowalności został spełniony w projekcie **"Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” – w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.**