



Regionalny Ośrodek Polityki
Społecznej w Poznaniu



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

Wielkopolski Ośrodek Adopcyjny woapoznan@rops.poznan.pl, tel. 61 8567345

ROPS w Poznaniu, ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań, tel. 61 85 67 300, fax 61 85 15 635, e-mail: rops@rops.poznan.pl, www.rops.poznan.pl



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 postępowaniu 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 uzyskanie wykształcenie)

2. **Oświadczam**, iż posiadam **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)

Wielkopolski Ośrodek Adopcyjny woapoznan@rops.poznan.pl, tel. 61 8567345

ROPS w Poznaniu, ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań, tel. 61 85 67 300, fax 61 85 15 635, e-mail: rops@rops.poznan.pl, www.rops.poznan.pl



<u>Wykaz zdobytego doświadczenia*</u>			
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

Wielkopolski Ośrodek Adopcyjny woapoznan@rops.poznan.pl, tel. 61 8567345
ROPS w Poznaniu, ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań, tel. 61 85 67 300, fax 61 85 15 635, e-mail: rops@rops.poznan.pl, www.rops.poznan.pl



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 uzyskanie wykształcenie)

2. **Oświadczam**, iż posiadam **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.			

3567345
bznan.pl

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 uzyskanie wykształcenie)

2. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z **FASD** w wymiarze lat:
Wielkopolski Ośrodek Adopcyjny woapoznan@rops.poznan.pl, tel. 61 8567345
ROPS w Poznaniu, ul. Nowowiejska 111, 61-600 Poznań, tel. 61 8567345, e-mail: rops@rops.poznan.pl, www.rops.poznan.pl

(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

Wielkopolski Ośrodek Adopcyjny woapoznan@rops.poznan.pl, tel. 61 8567345
ROPS w Poznaniu, ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań, tel. 61 85 67 300, fax 61 85 15 635, e-mail: rops@rops.poznan.pl, www.rops.poznan.pl



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**, iż posiadam **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 <u>*wpisać odpowiednio</u>
1.			
2.			
3.			

3567345
oznan.pl

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

Wielkopolski Ośrodek Adopcyjny woapoznan@rops.poznan.pl, tel. 61 8567345
ROPS w Poznaniu, ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań, tel. 61 85 67 300, fax 61 85 15 635, e-mail: rops@rops.poznan.pl, www.rops.poznan.pl



Projekt „Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji” współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego