

**Załącznik nr 1b do SWZ - FORMULARZ OFERTOWY dla Części 3-17**

1. **Dane Wykonawcy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wykonawca nr 1 | Wykonawca nr 2 |
| Nazwa Wykonawcy |  |  |
| Ulica/miejscowość |  |  |
| Nr bud. |  |  |
| Kod pocztowy |  |  |
| miejscowość |  |  |
| województwo |  |  |
| Dane osoby reprezentującej (imię, nazwisko, stanowisko) |  |  |
| NIP i REGON (osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą) |  |  |
| PESEL (osoby fizyczne nie prowadzące działalności gospodarczej) |  |  |
| KRS (w przypadku osób prawnych) |  |  |
| Nr rachunku, nazwa banku |  |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail  |  |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu opublikowane w Biuletynie Zamówień Publicznych składamy ofertę w niniejszym postępowaniu:

1. **Oferta**
2. **Składam**/**Składamy** **ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie
ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (SWZ).
3. **Oświadczam**/**Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wyjaśnieniami i zmianami SWZ przekazanymi przez Zamawiającego
i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.
4. Po zapoznaniu się z SWZ oraz innymi dokumentami dotyczącymi wykonania niniejszego zamówienia

**SKŁADAM/SKŁADAMY OFERTĘ NA:**

**Wypełnić tylko w zakresie części, na którą Wykonawca składa ofertę.**

**Treść dotyczącą części, na którą Wykonawca nie składa oferty można usunąć z formularza.**

**Część 3 zamówienia – „Zajęcia terapii oligofrenopedagogicznej” oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 40 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 4 zamówienia – „Zajęcia terapii oligofrenopedagogicznej” oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 40 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 5 zamówienia – Zajęcia terapii surdopedagogicznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 50 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 6 zamówienia – Zajęcia terapii tyflopedagogicznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 50 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 7 zamówienia – Zajęcia terapii pedagogicznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 114 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 8 zamówienia – Zajęcia terapii psychologicznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 140 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 9 zamówienia – Zajęcia rehabilitacji ruchowej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 100 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 10 zamówienia – Zajęcia rehabilitacji ruchowej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 100 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 11 zamówienia – Zajęcia terapii Integracji Sensorycznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 50 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 12 zamówienia – Zajęcia terapii Integracji Sensorycznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 50 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 13 zamówienia – Zajęcia terapii logopedycznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 125 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 14 zamówienia – Zajęcia terapii logopedycznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 125 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 15 zamówienia – Zajęcia terapii surdologopedycznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 50 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 16 zamówienia – Zajęcia terapii neurologopedycznej oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 60 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**Część 17 zamówienia – Zajęcia terapii Tomatisa oferuję/oferujemy:**

|  |
| --- |
| wykonanie przedmiotu zamówienia za **cenę jednostkową brutto (za 1 godzinę / 60 min świadczenia usługi): ……….*…. zł*** |
| Cena jednostkowa brutto x 140 godz. = ……………….***………. zł******w tym VAT … % w kwocie …*** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |
| Oświadczam, że osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia będzie (podać imię i nazwisko)\*:* + 1. **P. ……………………………………………………….,**

który/-a posiada doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia w liczbie lat: | **☐ 1 rok do 1,5 roku****☐ powyżej 1,5 roku do 3 lat****☐ powyżej 3 lat do 4 lat****☐ powyżej 4 lat do 6 lat****☐ powyżej 6 lat** |

\* W przypadku, gdy Wykonawca skieruje do realizacji więcej osób należy skopiować komórki przeznaczone do wpisania danych i doświadczenia tych osób.

**OŚWIADCZENIA:**

1. **Oświadczam**/**Oświadczamy**, że zamówienie (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ wykonamy sami

☐ wykonamy z udziałem Podwykonawców:

(podać nazwy Podwykonawców, o ile są już znani) …..

Części zamówienia powierzone Podwykonawcy: …

[W przypadku udziału Podwykonawców w realizacji zamówienia, Zamawiający żąda wskazania części zamówienia powierzonej podwykonawcom].

* + 1. **Oświadczam**/**Oświadczamy**, że cena oferty uwzględnia kwoty wynagrodzeń przewidzianych dla podwykonawców zgłoszonych w ofercie oraz zaangażowanych
		w trybie art. 647¹ Kodeksu cywilnego, które wynikają z umów zawartych między wykonawcą, a podwykonawcami lub dalszymi podwykonawcami.
		2. Składając niniejszą ofertę **oświadczam**/**oświadczamy**, że (zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ nie będę/nie będziemy polegać na zasobach innych podmiotów,

☐ będę/ będziemy polegać na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 118 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych i składam/składamy wypełniony Załącznik nr 4 do SWZ.

* + 1. **Informuję/Informujemy**, że (zaznaczyć właściwy kwadrat): **\***

☐ wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,

☐ wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów: ………………………………, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania.

Wartość usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ………. zł netto.

\* dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:

* + wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
	+ mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług,
	+ importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.
		1. **Oświadczam**/**Oświadczamy**, **że** cena oferty obejmuje wszystkie koszty związane
		z realizacją przedmiotu niniejszego zamówienia, jak również wszystkie inne koszty, które nie zostały wyszczególnione, a są niezbędne do zrealizowania zamówienia.
		2. **Oświadczam**/**Oświadczamy**, że uważam/uważamy się za związanego/związanych ofertą do terminu **określonego w SWZ**.
		3. **Oświadczam**/**oświadczamy**, że oferowany przez nas/przeze mnie przedmiot zamówienia posiada parametry techniczne zgodne z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w SWZ.
		4. **Oświadczam/Oświadczamy**, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od …………. do ……….. lub w pliku o nazwie ………………………………………………..stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku nr ……….. do Oferty i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępnione.
		5. **Oświadczam**/**Oświadczamy**, że zapoznałem/zapoznaliśmy się z wzorem umowy
		i zobowiązuje/zobowiązujemy się, w przypadku przyznania nam zamówienia, do jej zawarcia na zasadach określonych w tym dokumencie w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie.
		6. Na podstawie art. 127 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Pzp) wskazuję nazwę i numer postępowania (oznaczenie sprawy)
		o udzielenie zamówienia publicznego oraz podmiotowe środki dowodowe, które znajdują się w posiadaniu zamawiającego, w szczególności oświadczenia lub dokumenty, o których mowa w § 6 - 9 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, w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa
		w art. 273 ust. 1 Pzp i potwierdzam ich prawidłowość i aktualność *(należy wypełnić, jeżeli oświadczenia lub dokumenty, o których mowa w § 6-9 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, znajdują się w posiadaniu zamawiającego,
		w szczególności oświadczenia lub dokumenty przechowywane przez zamawiającego zgodnie z art. 78 ust. 1 Pzp).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa postępowania** | **Numer postępowania (oznaczenie sprawy)** | **Określenie oświadczeń lub dokumentów** |
|  |  |  |

* + 1. **Oświadczam**/**Oświadczamy**, że jestem/ jesteśmy [[1]](#footnote-1)(zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ mikro przedsiębiorstwem,

☐ małym przedsiębiorstwem,

☐ średnim przedsiębiorstwem,

☐ jednoosobowa działalność gospodarcza

☐ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej

☐ inny rodzaj

* + 1. **Oświadczam**/**Oświadczamy**, że wypełniłem/wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
		2. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
		3. Załącznikami do niniejszej oferty są:

**Oferta musi zostać podpisana elektronicznym kwalifikowanym podpisem lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

1. 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-1)
2. 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 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). [↑](#footnote-ref-2)