Załącznik nr 1

**Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty w trybie art. 275 pkt 1 (trybie podstawowym bez negocjacji)   
o wartości zamówienia nieprzekraczającej progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.) na usługę pn.:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część I – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu** **Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Katowice**

1. **DANE WYKONAWCY\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa (firma) Wykonawcy** |  |
| **Adres** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Wpisany do rejestru przez/na podstawie/pod numerem** *(jeżeli dotyczy)* |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym** *(jeśli dotyczy)* |  |

\* w przypadku oferty składanej przez podmioty występujące wspólnie, powyższą tabelę należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno (kopiowanie tabeli). Dotyczy wspólników spółki cywilnej, członków konsorcjum.

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1. **JA, NIŻEJ PODPISANY, OŚWIADCZAM, ŻE OFERUJĘ WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA OKREŚLONEGO W SWZ ZGODNIE Z JEJ ZAPISAMI JAK I PROJEKTOWANYMI POSTANOWIENIAMI UMOWY – ZA CENĘ:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Liczba godzin** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto w złotych** | **Wartość brutto  w złotych**  **(iloczyn kol. 4 x kol. 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Realizacja terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Katowice** | **godzina zegarowa** | **2000** |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **SUMA** |  |

\*\* Niniejszym informuję, iż w prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej korzystam ze zwolnień z [podatku VA](https://poradnikbiznesu.pl/category/finanse/podatki/vat/)T, na podstawie …………………(proszę o wpisanie podstawy prawnej korzystania ze zwolnienia z podatku VAT) .

**\*\*niepotrzebne skreślić**

Realizacja przedmiotu zamówienia odbędzie się w ………………………………………………(nazwa gabinetu)…………………………………………………………………………………(dokładny adres).

1. **KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSÓB WYZNACZONYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PODLEGAJĄCE PUNKTOWANIU W RAMACH KRYTERIUM POZACENOWEGO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii** | **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | **Zajmowane stanowisko / zakres wykonywanych obowiązków** |
| 1. | **Terapeuta SI** |  |  |  |  |

***UWAGA!***

* + - 1. ***Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie w realizacji więcej niż 300 godzin* zegarowych terapii SI dla dzieci.**
      2. **Maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci: 1000 godzin.**
      3. **W przypadku wykazania dla Terapeuty wyznaczonego do realizacji zamówienia większej niż maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych, zostanie przyjęta maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych, tj. 1000 godzin zegarowych.**
      4. ***Wykazane doświadczenie może obejmować jedynie działania w zakresie terapii SI dla dzieci realizowane po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii.***
      5. ***W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeuty, tabelę należy zmultiplikować i wykazać wszystkich przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów.***

1. **JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:**
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
3. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,
4. akceptuję warunki płatności – przelewem w terminie do 30 dni od dnia poprawnie złożonej faktury,
5. akceptuję warunki określone we wzorze umowy stanowiącym załącznik Nr 5 do SWZ i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
6. Jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia oświadczamy, że dla potrzeb niniejszego zamówienia, zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy Pzp, ustanowiliśmy pełnomocnika:

|  |
| --- |
|  |

*(wypełniają Wykonawcy składający wspólną ofertę)*

1. W przypadku wyboru oferty, zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie w/w zamówienia publicznego.
3. Oświadczam, iż stosownie do art. 225 ustawy Pzp, wybór oferty **nie prowadzi / prowadzi (niewłaściwe usunąć)** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.
4. W przypadku, gdy wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego, należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do jego powstania:

|  |
| --- |
|  |

*nazwa towaru i usługi*

|  |
| --- |
|  |

*wartość towaru i usługi bez kwoty podatku (zł)*

|  |
| --- |
|  |

*stawkę podatku od towarów i usług, zgodnie z wiedzą wykonawcy (%)*

1. Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani, że możemy wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania.
2. Oświadczamy, że Wykonawca jest (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

☐ Mikroprzedsiębiorstwem

☐ Małym przedsiębiorstwem

☐ Średnim przedsiębiorstwem

☐ Jednoosobową działalnością gospodarczą

☐ Osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczej

☐ Inny rodzaj.

*Por. 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.*

*W przypadku oferty wspólnej należy wypełnić dla każdego Wykonawcy składającego ofertę wspólną.*

1. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia ofert (art. 297 Kodeksu Karnego).
2. Oświadczamy, że poddamy się badaniu w zakresie zdolności organizacyjno – kadrowej w zakresie właściwego zabezpieczenia powierzonych przez Zamawiającego danych osobowych uczestników przedmiotowego postępowania.
3. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Załącznik nr 1

**Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty w trybie art. 275 pkt 1 (trybie podstawowym bez negocjacji)   
o wartości zamówienia nieprzekraczającej progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.) na usługę pn.:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część II – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Częstochowa**

1. **DANE WYKONAWCY\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa (firma) Wykonawcy** |  |
| **Adres** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Wpisany do rejestru przez/na podstawie/pod numerem** *(jeżeli dotyczy)* |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym** *(jeśli dotyczy)* |  |

\* w przypadku oferty składanej przez podmioty występujące wspólnie, powyższą tabelę należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno (kopiowanie tabeli). Dotyczy wspólników spółki cywilnej, członków konsorcjum.

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1. **JA, NIŻEJ PODPISANY, OŚWIADCZAM, ŻE OFERUJĘ WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA OKREŚLONEGO W SWZ ZGODNIE Z JEJ ZAPISAMI JAK I PROJEKTOWANYMI POSTANOWIENIAMI UMOWY – ZA CENĘ:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Liczba godzin** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto w złotych** | **Wartość brutto  w złotych**  **(iloczyn kol. 4 x kol. 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Realizacja terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Częstochowa** | **godzina zegarowa** | **1500** |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **SUMA** |  |

\*\* Niniejszym informuję, iż w prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej korzystam ze zwolnień z [podatku VA](https://poradnikbiznesu.pl/category/finanse/podatki/vat/)T, na podstawie …………………(proszę o wpisanie podstawy prawnej korzystania ze zwolnienia z podatku VAT) .

**\*\*niepotrzebne skreślić**

Realizacja przedmiotu zamówienia odbędzie się w ………………………………………………(nazwa gabinetu)…………………………………………………………………………………(dokładny adres)

1. **KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSÓB WYZNACZONYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PODLEGAJĄCE PUNKTOWANIU W RAMACH KRYTERIUM POZACENOWEGO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii** | **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | **Zajmowane stanowisko / zakres wykonywanych obowiązków** |
| 1. | **Terapeuta SI** |  |  |  |  |

***UWAGA!***

1. ***Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie w realizacji więcej niż 300 godzin* zegarowych terapii SI dla dzieci.**
2. **Maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci: 1000 godzin.**
3. **W przypadku wykazania dla Terapeuty wyznaczonego do realizacji zamówienia większej niż maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych, zostanie przyjęta maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych, tj. 1000 godzin zegarowych.**
4. ***Wykazane doświadczenie może obejmować jedynie działania w zakresie terapii SI dla dzieci realizowane po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii.***
5. ***W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeuty, tabelę należy zmultiplikować i wykazać wszystkich przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów.***
6. **JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:**
7. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
8. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,
9. akceptuję warunki płatności – przelewem w terminie do 30 dni od dnia poprawnie złożonej faktury,
10. akceptuję warunki określone we wzorze umowy stanowiącym załącznik Nr 5 do SWZ i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
11. Jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia oświadczamy, że dla potrzeb niniejszego zamówienia, zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy Pzp, ustanowiliśmy pełnomocnika:

|  |
| --- |
|  |

*(wypełniają Wykonawcy składający wspólną ofertę)*

1. W przypadku wyboru oferty, zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie w/w zamówienia publicznego.
3. Oświadczam, iż stosownie do art. 225 ustawy Pzp, wybór oferty **nie prowadzi / prowadzi (niewłaściwe usunąć)** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.
4. W przypadku, gdy wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego, należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do jego powstania:

|  |
| --- |
|  |

*nazwa towaru i usługi*

|  |
| --- |
|  |

*wartość towaru i usługi bez kwoty podatku (zł)*

|  |
| --- |
|  |

*stawkę podatku od towarów i usług, zgodnie z wiedzą wykonawcy (%)*

1. Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani, że możemy wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania.
2. Oświadczamy, że Wykonawca jest (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

☐ Mikroprzedsiębiorstwem

☐ Małym przedsiębiorstwem

☐ Średnim przedsiębiorstwem

☐ Jednoosobową działalnością gospodarczą

☐ Osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczej

☐ Inny rodzaj.

*Por. 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.*

*W przypadku oferty wspólnej należy wypełnić dla każdego Wykonawcy składającego ofertę wspólną.*

1. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia ofert (art. 297 Kodeksu Karnego).
2. Oświadczamy, że poddamy się badaniu w zakresie zdolności organizacyjno – kadrowej w zakresie właściwego zabezpieczenia powierzonych przez Zamawiającego danych osobowych uczestników przedmiotowego postępowania.
3. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Załącznik nr 1

**Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty w trybie art. 275 pkt 1 (trybie podstawowym bez negocjacji)   
o wartości zamówienia nieprzekraczającej progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.) na usługę pn.:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część III - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Bielsko-Biała**

1. **DANE WYKONAWCY\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa (firma) Wykonawcy** |  |
| **Adres** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Wpisany do rejestru przez/na podstawie/pod numerem** *(jeżeli dotyczy)* |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym** *(jeśli dotyczy)* |  |

\* w przypadku oferty składanej przez podmioty występujące wspólnie, powyższą tabelę należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno (kopiowanie tabeli). Dotyczy wspólników spółki cywilnej, członków konsorcjum.

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1. **JA, NIŻEJ PODPISANY, OŚWIADCZAM, ŻE OFERUJĘ WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA OKREŚLONEGO W SWZ ZGODNIE Z JEJ ZAPISAMI JAK I PROJEKTOWANYMI POSTANOWIENIAMI UMOWY – ZA CENĘ:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Liczba godzin** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto w złotych** | **Wartość brutto  w złotych**  **(iloczyn kol. 4 x kol. 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Realizacja terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Bielsko-Biała** | **godzina zegarowa** | **2000** |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **SUMA** |  |

\*\* Niniejszym informuję, iż w prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej korzystam ze zwolnień z [podatku VA](https://poradnikbiznesu.pl/category/finanse/podatki/vat/)T, na podstawie …………………(proszę o wpisanie podstawy prawnej korzystania ze zwolnienia z podatku VAT) .

**\*\*niepotrzebne skreślić**

Realizacja przedmiotu zamówienia odbędzie się w ………………………………………………(nazwa gabinetu)…………………………………………………………………………………(dokładny adres)

1. **KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSÓB WYZNACZONYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PODLEGAJĄCE PUNKTOWANIU W RAMACH KRYTERIUM POZACENOWEGO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii** | **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | **Zajmowane stanowisko / zakres wykonywanych obowiązków** |
| 1. | **Terapeuta SI** |  |  |  |  |

***UWAGA!***

1. ***Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie w realizacji więcej niż 300 godzin* zegarowych terapii SI dla dzieci.**
2. **Maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci: 1000 godzin.**
3. **W przypadku wykazania dla Terapeuty wyznaczonego do realizacji zamówienia większej niż maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych, zostanie przyjęta maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych, tj. 1000 godzin zegarowych.**
4. ***Wykazane doświadczenie może obejmować jedynie działania w zakresie terapii SI dla dzieci realizowane po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii.***
5. ***W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeuty, tabelę należy zmultiplikować i wykazać wszystkich przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów.***
6. **JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:**
7. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
8. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,
9. akceptuję warunki płatności – przelewem w terminie do 30 dni od dnia poprawnie złożonej faktury,
10. akceptuję warunki określone we wzorze umowy stanowiącym załącznik Nr 5 do SWZ i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
11. Jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia oświadczamy, że dla potrzeb niniejszego zamówienia, zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy Pzp, ustanowiliśmy pełnomocnika:

|  |
| --- |
|  |

*(wypełniają Wykonawcy składający wspólną ofertę)*

1. W przypadku wyboru oferty, zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie w/w zamówienia publicznego.
3. Oświadczam, iż stosownie do art. 225 ustawy Pzp, wybór oferty **nie prowadzi / prowadzi (niewłaściwe usunąć)** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.
4. W przypadku, gdy wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego, należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do jego powstania:

|  |
| --- |
|  |

*nazwa towaru i usługi*

|  |
| --- |
|  |

*wartość towaru i usługi bez kwoty podatku (zł)*

|  |
| --- |
|  |

*stawkę podatku od towarów i usług, zgodnie z wiedzą wykonawcy (%)*

1. Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani, że możemy wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania.
2. Oświadczamy, że Wykonawca jest (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

☐ Mikroprzedsiębiorstwem

☐ Małym przedsiębiorstwem

☐ Średnim przedsiębiorstwem

☐ Jednoosobową działalnością gospodarczą

☐ Osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczej

☐ Inny rodzaj.

*Por. 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.*

*W przypadku oferty wspólnej należy wypełnić dla każdego Wykonawcy składającego ofertę wspólną.*

1. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia ofert (art. 297 Kodeksu Karnego).
2. Oświadczamy, że poddamy się badaniu w zakresie zdolności organizacyjno – kadrowej w zakresie właściwego zabezpieczenia powierzonych przez Zamawiającego danych osobowych uczestników przedmiotowego postępowania.
3. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Załącznik nr 1

**Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty w trybie art. 275 pkt 1 (trybie podstawowym bez negocjacji)   
o wartości zamówienia nieprzekraczającej progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.) na usługę pn.:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część IV - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Rybnik lub powiatu rybnickiego lub miasta Wodzisław Śląski lub miasta Żory lub miasta Jastrzębie-Zdrój**

1. **DANE WYKONAWCY\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa (firma) Wykonawcy** |  |
| **Adres** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Wpisany do rejestru przez/na podstawie/pod numerem** *(jeżeli dotyczy)* |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym** *(jeśli dotyczy)* |  |

\* w przypadku oferty składanej przez podmioty występujące wspólnie, powyższą tabelę należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno (kopiowanie tabeli). Dotyczy wspólników spółki cywilnej, członków konsorcjum.

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1. **JA, NIŻEJ PODPISANY, OŚWIADCZAM, ŻE OFERUJĘ WYKONANIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA OKREŚLONEGO W SWZ ZGODNIE Z JEJ ZAPISAMI JAK I PROJEKTOWANYMI POSTANOWIENIAMI UMOWY – ZA CENĘ:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Liczba godzin** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto w złotych** | **Wartość brutto  w złotych**  **(iloczyn kol. 4 x kol. 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Realizacja terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Rybnik lub powiatu rybnickiego lub miasta Wodzisław Śląski lub miasta Żory lub miasta Jastrzębie-Zdrój** | **godzina**  **zegarowa** | **2000** |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **SUMA** |  |

\*\* Niniejszym informuję, iż w prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej korzystam ze zwolnień z [podatku VA](https://poradnikbiznesu.pl/category/finanse/podatki/vat/)T, na podstawie …………………(proszę o wpisanie podstawy prawnej korzystania ze zwolnienia z podatku VAT) .

**\*\*niepotrzebne skreślić**

Realizacja przedmiotu zamówienia odbędzie się w ………………………………………………(nazwa gabinetu)…………………………………………………………………………………(dokładny adres).

1. **KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSÓB WYZNACZONYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PODLEGAJĄCE PUNKTOWANIU W RAMACH KRYTERIUM POZACENOWEGO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii** | **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | **Zajmowane stanowisko / zakres wykonywanych obowiązków** |
| 1. | **Terapeuta SI** |  |  |  |  |

***UWAGA!***

* + - 1. ***Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie w realizacji więcej niż 300 godzin* zegarowych terapii SI dla dzieci.**
      2. **Maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci: 1000 godzin.**
      3. **W przypadku wykazania dla Terapeuty wyznaczonego do realizacji zamówienia większej niż maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych, zostanie przyjęta maksymalna punktowana liczba godzin zegarowych, tj. 1000 godzin zegarowych.**
      4. ***Wykazane doświadczenie może obejmować jedynie działania w zakresie terapii SI dla dzieci realizowane po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii.***
      5. ***W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeuty, tabelę należy zmultiplikować i wykazać wszystkich przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów.***

1. **JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:**
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
3. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,
4. akceptuję warunki płatności – przelewem w terminie do 30 dni od dnia poprawnie złożonej faktury,
5. akceptuję warunki określone we wzorze umowy stanowiącym załącznik Nr 5 do SWZ i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
6. Jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia oświadczamy, że dla potrzeb niniejszego zamówienia, zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy Pzp, ustanowiliśmy pełnomocnika:

|  |
| --- |
|  |

*(wypełniają Wykonawcy składający wspólną ofertę)*

1. W przypadku wyboru oferty, zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie w/w zamówienia publicznego.
3. Oświadczam, iż stosownie do art. 225 ustawy Pzp, wybór oferty **nie prowadzi / prowadzi (niewłaściwe usunąć)** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.
4. W przypadku, gdy wybór oferty prowadzi do powstania obowiązku podatkowego, należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do jego powstania:

|  |
| --- |
|  |

*nazwa towaru i usługi*

|  |
| --- |
|  |

*wartość towaru i usługi bez kwoty podatku (zł)*

|  |
| --- |
|  |

*stawkę podatku od towarów i usług, zgodnie z wiedzą wykonawcy (%)*

1. Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani, że możemy wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania.
2. Oświadczamy, że Wykonawca jest (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

☐ Mikroprzedsiębiorstwem

☐ Małym przedsiębiorstwem

☐ Średnim przedsiębiorstwem

☐ Jednoosobową działalnością gospodarczą

☐ Osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczej

☐ Inny rodzaj.

*Por. 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.*

*W przypadku oferty wspólnej należy wypełnić dla każdego Wykonawcy składającego ofertę wspólną.*

1. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia ofert (art. 297 Kodeksu Karnego).
2. Oświadczamy, że poddamy się badaniu w zakresie zdolności organizacyjno – kadrowej w zakresie właściwego zabezpieczenia powierzonych przez Zamawiającego danych osobowych uczestników przedmiotowego postępowania.
3. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Załącznik nr 2

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane wraz z ofertą na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy,**

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \***

**……………………………..**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część I – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Katowice**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale 5 specyfikacji warunków zamówienia.

□ Tak □ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

□ Tak □ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik nr 2

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane wraz z ofertą na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy,**

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \***

**……………………………..**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część II – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Częstochowa**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale 5 specyfikacji warunków zamówienia.

□ Tak □ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

□ Tak □ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik nr 2

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane wraz z ofertą na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy,**

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \***

**……………………………..**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część III - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Bielsko-Biała**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale 5 specyfikacji warunków zamówienia.

□ Tak □ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

□ Tak □ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik nr 2

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane wraz z ofertą na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy,**

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \***

**……………………………..**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część IV - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Rybnik lub powiatu rybnickiego lub miasta Wodzisław Śląski lub miasta Żory lub miasta Jastrzębie-Zdrój**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale 5 specyfikacji warunków zamówienia.

□ Tak □ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

□ Tak □ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik nr 3

**Oświadczenie wykonawcy**

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

**uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \***

**……………………………..**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część I – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Katowice**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie ( X) właściwej odpowiedzi)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ustawy).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ustawy podjąłem następujące środki naprawcze: .................................. – stanowiące załącznik do niniejszego oświadczenia.........................................................................................

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie ( X) właściwej odpowiedzi)

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ( Dz. U, poz. 835)[[1]](#footnote-1)

**☐** Tak **☐** Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy.

Załącznik nr 3

**Oświadczenie wykonawcy**

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

**uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \***

**……………………………..**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część II – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Częstochowa**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie ( X) właściwej odpowiedzi)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ustawy).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ustawy podjąłem następujące środki naprawcze: .................................. – stanowiące załącznik do niniejszego oświadczenia.........................................................................................

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie ( X) właściwej odpowiedzi)

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ( Dz. U, poz. 835)[[2]](#footnote-2)

**☐** Tak **☐** Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy.

Załącznik nr 3

**Oświadczenie wykonawcy**

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

**uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \***

**……………………………..**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część III - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Bielsko-Biała**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie ( X) właściwej odpowiedzi)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ustawy).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ustawy podjąłem następujące środki naprawcze: .................................. – stanowiące załącznik do niniejszego oświadczenia.........................................................................................

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie ( X) właściwej odpowiedzi)

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ( Dz. U, poz. 835)[[3]](#footnote-3)

**☐** Tak **☐** Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy.

Załącznik nr 3

**Oświadczenie wykonawcy**

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

**uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \***

**……………………………..**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część IV - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Rybnik lub powiatu rybnickiego lub miasta Wodzisław Śląski lub miasta Żory lub miasta Jastrzębie-Zdrój**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie ( X) właściwej odpowiedzi)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ustawy).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ustawy podjąłem następujące środki naprawcze: .................................. – stanowiące załącznik do niniejszego oświadczenia.........................................................................................

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie ( X) właściwej odpowiedzi)

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ( Dz. U, poz. 835)[[4]](#footnote-4)

**☐** Tak **☐** Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy.

Załącznik 4

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ   
W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część I – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Katowice.**

**TERAPEUTA SI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | |
|  | | |
| **Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia w prowadzeniu terapii SI** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę godzin zegarowych terapii SI dla dzieci zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii) | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | **Liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci** **zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii** |
|  |  |  |
| **Ukończenie kursu /szkolenia/ studiów podyplomowych uprawniających do prowadzenia diagnozy i terapii SI** (należy podać: nazwę ukończonego kursu / szkolenia/ studiów podyplomowych, datę ukończenia i nazwę organizatora ) | | |
| **Kurs / szkolenie II uprawniający do prowadzenia diagnozy i terapii integracji sensorycznej lub studia podyplomowe na kierunku integracja sensoryczna** | **Data ukończenia szkolenia/kursu/ studiów podyplomowych** | **Nazwa organizatora szkolenia/kursu/ studiów podyplomowych** |
|  |  |  |
| **Wykształcenie wyższe magisterskie z jednego z następujących kierunków / specjalności: psychologia, pedagogika, edukacja, pedagogika specjalna, rehabilitacja, fizjoterapia, logopedia, wychowanie fizyczne;** | | |
| **Nazwa ukończonego kierunku studiów** | **Data ukończenia studiów** | **Nazwa organizatora studiów** |
|  |  |  |

UWAGA!

1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących przedmiot zamówienia za wyjątkiem sytuacji określonej w Rozdziale 17 pkt 4 SWZ. Wykonawca powinien zapewnić taką liczbę osób, aby   
   w razie wypadków losowych był w stanie zrealizować umowę.
2. Zamawiający określa jedynie minimalną liczbę osób, którymi Wykonawca powinien dysponować realizując zamówienie, jednak to na Wykonawcy spoczywa obowiązek zapewnienia takiej liczby osób, aby zagwarantować rzetelną i sprawną realizację przez cały okres trwania umowy (choroba, wypadek losowy).
3. Wymaga się złożenia wykazu osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia dla każdego Terapeuty osobno.

**\* Podać podstawę dysponowania: dysponowanie bezpośrednie lub pośrednie**

* przy dysponowaniu bezpośrednim istnieje bezpośredni stosunek prawny pomiędzy Wykonawcą a osobą (osobami), na dysponowanie której (których) Wykonawca się powołuje, np. umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa o świadczenie usług. umową przedwstępną, samozatrudnienie się osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą.
* przy dysponowaniu pośrednim osobą (osobami) Wykonawca powołuje się na osobę (osoby) zdolne do wykonania zamówienia należące do innych podmiotów. W takim przypadku tytułem prawnym do powołania się przez Wykonawcę na dysponowanie osobą zdolną do wykonania zamówienia jest stosowne zobowiązanie podmiotu trzeciego.

Załącznik 4

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ   
W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część II – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Częstochowa.**

**TERAPEUTA SI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | |
|  | | |
| **Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia w prowadzeniu terapii SI** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę godzin zegarowych terapii SI dla dzieci zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii) | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | **Liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci** **zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii** |
|  |  |  |
| **Ukończenie kursu /szkolenia/ studiów podyplomowych uprawniających do prowadzenia diagnozy i terapii SI** (należy podać: nazwę ukończonego kursu / szkolenia/ studiów podyplomowych, datę ukończenia i nazwę organizatora ) | | |
| **Nazwa kursu / szkolenia II uprawniającego do prowadzenia diagnozy i terapii integracji sensorycznej lub studiów podyplomowych na kierunku integracja sensoryczna** | **Data ukończenia szkolenia/kursu/ studiów podyplomowych** | **Nazwa organizatora szkolenia/kursu/ studiów podyplomowych** |
|  |  |  |
| **Wykształcenie wyższe magisterskie z jednego z następujących kierunków / specjalności: psychologia, pedagogika, edukacja, pedagogika specjalna, rehabilitacja, fizjoterapia, logopedia, wychowanie fizyczne;** | | |
| **Nazwa ukończonego kierunku studiów** | **Data ukończenia studiów** | **Nazwa organizatora studiów** |
|  |  |  |

UWAGA!

1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących przedmiot zamówienia za wyjątkiem sytuacji określonej w Rozdziale 17 pkt 4 SWZ. Wykonawca powinien zapewnić taką liczbę osób, aby   
   w razie wypadków losowych był w stanie zrealizować umowę.
2. Zamawiający określa jedynie minimalną liczbę osób, którymi Wykonawca powinien dysponować realizując zamówienie, jednak to na Wykonawcy spoczywa obowiązek zapewnienia takiej liczby osób, aby zagwarantować rzetelną i sprawną realizację przez cały okres trwania umowy (choroba, wypadek losowy).
3. Wymaga się złożenia wykazu osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia dla każdego Terapeuty osobno.

**\* Podać podstawę dysponowania: dysponowanie bezpośrednie lub pośrednie**

* przy dysponowaniu bezpośrednim istnieje bezpośredni stosunek prawny pomiędzy Wykonawcą a osobą (osobami), na dysponowanie której (których) Wykonawca się powołuje, np. umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa o świadczenie usług. umową przedwstępną, samozatrudnienie się osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą.
* przy dysponowaniu pośrednim osobą (osobami) Wykonawca powołuje się na osobę (osoby) zdolne do wykonania zamówienia należące do innych podmiotów. W takim przypadku tytułem prawnym do powołania się przez Wykonawcę na dysponowanie osobą zdolną do wykonania zamówienia jest stosowne zobowiązanie podmiotu trzeciego.

Załącznik 4

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ   
W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część III - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Bielsko-Biała.**

**TERAPEUTA SI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | |
|  | | |
| **Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia w prowadzeniu terapii SI (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę godzin zegarowych terapii SI dla dzieci zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii)** | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | **Liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci** **zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii** |
|  |  |  |
| **Ukończenie kursu /szkolenia/ studiów podyplomowych uprawniających do prowadzenia diagnozy i terapii SI** (należy podać: nazwę ukończonego kursu / szkolenia/ studiów podyplomowych, datę ukończenia i nazwę organizatora ) | | |
| **Nazwa kursu / szkolenia II uprawniającego do prowadzenia diagnozy i terapii integracji sensorycznej lub studiów podyplomowych na kierunku integracja sensoryczna** | **Data ukończenia szkolenia/kursu/ studiów podyplomowych** | **Nazwa organizatora szkolenia/kursu/ studiów podyplomowych** |
|  |  |  |
| **Wykształcenie wyższe magisterskie z jednego z następujących kierunków / specjalności: psychologia, pedagogika, edukacja, pedagogika specjalna, rehabilitacja, fizjoterapia, logopedia, wychowanie fizyczne;** | | |
| **Nazwa ukończonego kierunku studiów** | **Data ukończenia studiów** | **Nazwa organizatora studiów** |
|  |  |  |

UWAGA!

1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących przedmiot zamówienia za wyjątkiem sytuacji określonej w Rozdziale 17 pkt 4 SWZ. Wykonawca powinien zapewnić taką liczbę osób, aby   
   w razie wypadków losowych był w stanie zrealizować umowę.
2. Zamawiający określa jedynie minimalną liczbę osób, którymi Wykonawca powinien dysponować realizując zamówienie, jednak to na Wykonawcy spoczywa obowiązek zapewnienia takiej liczby osób, aby zagwarantować rzetelną i sprawną realizację przez cały okres trwania umowy (choroba, wypadek losowy).
3. Wymaga się złożenia wykazu osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia dla każdego Terapeuty osobno.

**\* Podać podstawę dysponowania: dysponowanie bezpośrednie lub pośrednie**

* przy dysponowaniu bezpośrednim istnieje bezpośredni stosunek prawny pomiędzy Wykonawcą a osobą (osobami), na dysponowanie której (których) Wykonawca się powołuje, np. umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa o świadczenie usług. umową przedwstępną, samozatrudnienie się osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą.
* przy dysponowaniu pośrednim osobą (osobami) Wykonawca powołuje się na osobę (osoby) zdolne do wykonania zamówienia należące do innych podmiotów. W takim przypadku tytułem prawnym do powołania się przez Wykonawcę na dysponowanie osobą zdolną do wykonania zamówienia jest stosowne zobowiązanie podmiotu trzeciego.

Załącznik 4

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ   
W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część IV - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Rybnik lub powiatu rybnickiego lub miasta Wodzisław Śląski lub miasta Żory lub miasta Jastrzębie-Zdrój**

**TERAPEUTA SI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | |
|  | | |
| **Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia w prowadzeniu terapii SI (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę godzin zegarowych terapii SI dla dzieci zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii)** | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | **Liczba godzin zegarowych terapii SI dla dzieci** **zrealizowanych po ukończeniu kursu/ szkolenia lub studiów podyplomowych uprawniających do realizacji tej formy terapii** |
|  |  |  |
| **Ukończenie kursu /szkolenia/ studiów podyplomowych uprawniających do prowadzenia diagnozy i terapii SI** (należy podać: nazwę ukończonego kursu / szkolenia/ studiów podyplomowych, datę ukończenia i nazwę organizatora ) | | |
| **Nazwa kursu / szkolenia II uprawniającego do prowadzenia diagnozy i terapii integracji sensorycznej lub studiów podyplomowych na kierunku integracja sensoryczna** | **Data ukończenia szkolenia/kursu/ studiów podyplomowych** | **Nazwa organizatora szkolenia/kursu/ studiów podyplomowych** |
|  |  |  |
| **Wykształcenie wyższe magisterskie z jednego z następujących kierunków / specjalności: psychologia, pedagogika, edukacja, pedagogika specjalna, rehabilitacja, fizjoterapia, logopedia, wychowanie fizyczne;** | | |
| **Nazwa ukończonego kierunku studiów** | **Data ukończenia studiów** | **Nazwa organizatora studiów** |
|  |  |  |

UWAGA!

1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących przedmiot zamówienia za wyjątkiem sytuacji określonej w Rozdziale 17 pkt 4 SWZ. Wykonawca powinien zapewnić taką liczbę osób, aby   
   w razie wypadków losowych był w stanie zrealizować umowę.
2. Zamawiający określa jedynie minimalną liczbę osób, którymi Wykonawca powinien dysponować realizując zamówienie, jednak to na Wykonawcy spoczywa obowiązek zapewnienia takiej liczby osób, aby zagwarantować rzetelną i sprawną realizację przez cały okres trwania umowy (choroba, wypadek losowy).
3. Wymaga się złożenia wykazu osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia dla każdego Terapeuty osobno.

**\* Podać podstawę dysponowania: dysponowanie bezpośrednie lub pośrednie**

* przy dysponowaniu bezpośrednim istnieje bezpośredni stosunek prawny pomiędzy Wykonawcą a osobą (osobami), na dysponowanie której (których) Wykonawca się powołuje, np. umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa o świadczenie usług. umową przedwstępną, samozatrudnienie się osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą.
* przy dysponowaniu pośrednim osobą (osobami) Wykonawca powołuje się na osobę (osoby) zdolne do wykonania zamówienia należące do innych podmiotów. W takim przypadku tytułem prawnym do powołania się przez Wykonawcę na dysponowanie osobą zdolną do wykonania zamówienia jest stosowne zobowiązanie podmiotu trzeciego.

Załącznik 5

**WZÓR UMOWY**

**nr**

**Część …..**

zawarta w dniu roku w Katowicach

pomiędzy:

**Województwem Śląskim**

**Śląskim Ośrodkiem Adopcyjnym w Katowicach**

z siedzibą w Katowicach (40-017), przy ulicy Granicznej 29

NIP: 9542770064

reprezentowanym przez:

…………………………………………………………………………...

zwaną w treści umowy *Zamawiającym*

a

…………………………………………………………………………..

reprezentowaną przez:

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………………... |  |

zwaną w treści umowy *Wykonawcą*

o następującej treści:

W wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne”, przeprowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 1 przepisów z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, Strony zawarły umowę, zwaną dalej „Umową”,   
o następującej treści:

**§ 1**

* + - 1. *Zamawiający* powierza wykonanie, a *Wykonawca* zobowiązuje się wykonać usługę polegającą na*:*

1. **\*Część I** **-** **realizacji 2000 godzin zegarowych terapii SI dla dzieci -** **uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Katowice.** Przedmiotowa usługa zostanie zrealizowana **do 32 miesięcy od dnia podpisania umowy**, nie dłużej niż do 12.12.2026 r. w gabinecie znajdującym się w ………………………… (dane adresowe gabinetu).
2. **\*Część II -** **realizacji 1500 godzin zegarowych terapii SI dla dzieci** - **uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Częstochowa.** Przedmiotowa usługa zostanie zrealizowana **do 32 miesięcy od dnia podpisania umowy**, nie dłużej niż do 12.12.2026 r. w gabinecie znajdującym się w ………………………… (dane adresowe gabinetu).
3. **\*Część III -** **realizacji 2000 godzin zegarowych terapii SI dla dzieci** - **uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Bielsko-Biała.** Przedmiotowa usługa zostanie zrealizowana **do 32 miesięcy od dnia podpisania umowy**, nie dłużej niż do 12.12.2026 r. w gabinecie znajdującym się w ………………………… (dane adresowe gabinetu).
4. **\*Część IV – realizacji 2000 godzin zegarowych terapii SI dla dzieci** - **uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Rybnik lub powiatu rybnickiego lub miasta Wodzisław Śląski lub miasta Żory lub miasta Jastrzębie-Zdrój.** Przedmiotowa usługa zostanie zrealizowana **do 32 miesięcy od dnia podpisania umowy**, nie dłużej niż do 12.12.2026 r. w gabinecie znajdującym się w ………………………… (dane adresowe gabinetu).

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarto w rozdziale 3 Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ).

Przedmiot umowy określony w ust. 1 realizowany jest w ramach projektu pod nazwą *Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne* dofinansowanego przez Unię Europejską.

*Wykonawca* oświadcza, że:

* 1. w wykonaniu umowy dołoży najwyższej staranności,
  2. zapewni odpowiednie pomieszczenie/gabinet do realizacji przedmiotu umowy,
  3. przeprowadzi indywidualne zajęcia terapii integracji sensorycznej według wymagań programowych i organizacyjnych określonych dla tej metody terapii w terminach uprzednio ustalonych z rodzicami/opiekunami dziecka (mailowo lub telefonicznie),
  4. będzie realizował przedmiot umowy określony w ust. 1 i 2 zgodnie z zapisami aktualnych *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2021-2027* oraz zgodnie z programem zajęć/form wsparcia i ze wskazówkami przekazywanymi mu przez *Zamawiającego,*
  5. będzie stosował równościowy język i niedyskryminujący przekaz,
  6. sporządzi w każdym miesiącu wykonywania zadań wynikających z niniejszej umowy protokół (zgodnie z załącznikiem nr 1), wskazujący prawidłowe wykonanie zadań, a także liczbę godzin poświęconych na ich realizację oraz przekaże go Zamawiającemu w ramach rozliczenia wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 2.
  7. przyjmuje do wiadomości i godzi się na to, iż złożona przez niego cena ofertowa zawiera wszystkie wydatki leżące po jego stronie;
  8. znane są mu zapisy ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami i w tym zakresie mając na uwadze regulacje zawarte w art. 5 i 6 pkt 1 i 2 ww. ustawy zobowiązuje się realizacji zamówienia z uwzględnieniem potrzeb uczestników ze szczególnymi potrzebami w zakresie umożliwiającym im uczestniczenie w przedmiocie umowy na równi z pozostałymi uczestnikami, w przypadku braku możliwości spełnienia minimalnych wymagań służących zapewnieniu dostępności z art. 6 pkt 1 i 3 ww. ustawy (dostępność architektoniczna oraz dostępność informacyjno-komunikacyjna) – *Wykonawca* zobowiązuje się do zapewnienia uczestnikom ze specjalnymi potrzebami dostępu alternatywnego stosując odpowiednio art. 7 ust. 1 i 2 przywoływanej ustawy,
  9. *Wykonawca* wyraża gotowość i zobowiązuje się do zapewnienia tejże dostępności skierowanej do ww. osób w ramach wynagrodzenia określonego w niniejszej umowie w § 3 ust. 2.
  10. jeżeli *Wykonawca* jest podmiotem publicznym w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz w rozumieniu art. 2. ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych - stosuje przepisy ww. ustaw w przewidzianym dlań zakresie.

**§ 2**

1. Bezpośrednim realizatorem przedmiotu umowy ze strony *Wykonawcy* będzie: ……………………… (zgodnie z Załącznikiem nr 4 do SWZ).
2. Z realizacji umowy są wyłączone osoby, których dane umieszczone są w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, o którym mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym. Zamawiający dokona weryfikacji w Rejestrze wszystkich osób zaangażowanych w realizację umowy przed dopuszczeniem do czynności związanych z jej realizacją. Osoby wpisane do Rejestru w trakcie realizacji umowy nie mogą kontynuować wykonywania obowiązków, a Wykonawca jest zobowiązany niezwłocznie zapewnić zastępstwo zgodnie z ust. 3.
3. W szczególnie uzasadnionych wypadkach, za które *Wykonawca* nie ponosi odpowiedzialności,dopuszczalna jest zmiana osoby prowadzącej zajęcia, o której mowa w ust. 1, po uprzednim poinformowaniu o tym fakcie *Zamawiającego* z podaniem przyczyny tejże zmiany i uzyskaniu akceptacji dla osoby wskazanej na zastępcę. Zaproponowana osoba musi posiadać kwalifikacje i doświadczenie zgodne z wymaganiami określonymi w SWZ (na spełnienie warunków udziału w postępowaniu) i uzyskać taką samą lub wyższą liczbę punktów w kryterium „Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia w prowadzeniu terapii SI” co osoba zmieniana.
4. *Wykonawca* ponosi pełną odpowiedzialność za działania zastępcy, w szczególności za nienależyte wykonanie przedmiotu umowy.
5. Ze strony *Zamawiającego* za uzgadnianie form i metod pracy, udzielanie koniecznych informacji oraz podejmowanie innych niezbędnych działań wynikających z niniejszej Umowy, których podjęcie jest konieczne do prawidłowego wykonywania pracy odpowiedzialne są *Karolina Jaworska-Supernak, Katarzyna Łącka, Joanna Krywult*.
6. Z zastrzeżeniem postanowień określonych w ust. 3, *Wykonawca* nie może bez pisemnej zgody *Zamawiającego* przekazać praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na rzecz osób trzecich.
7. *Zamawiający* zastrzega sobie prawo do prowadzenia wizyty monitorującej w trakcie trwania spotkań, stanowiących przedmiot umowy określony w § 1 ust. 1.

**§ 3**

1. Strony ustalają ceny świadczonych usług zgodnie ze złożoną ofertą, będącą załącznikiem do umowy.
2. *Wykonawcy* za wykonanie przedmiotu umowy określonego w § 1 ust. 1 przysługuje wynagrodzenie w maksymalnej wysokości ………………… zł brutto, słownie: ..……………………… …/100, obliczone jako:
   1. **\*Część I – *Realizacja terapii SI (integracja sensoryczna) na terenie miasta Katowice.***: ……………… złotych brutto, słownie: …...………………...., obliczone jako suma ceny brutto za godzinę zegarową terapii SI………. zł   
      x maksymalna liczba godzin zegarowych terapii SI: **2000.**
   2. **\*Część II – *Realizacja terapii SI (integracja sensoryczna) na terenie miasta Częstochowa.***: ……………… złotych brutto, słownie: …...………………...., obliczone jako suma ceny brutto za godzinę zegarową terapii SI………. zł x maksymalna liczba godzin zegarowych terapii SI: **1500.**
   3. **\*Część III – *Realizacja terapii SI (integracja sensoryczna) na terenie miasta Bielsko-Biała.***: ……………… złotych brutto, słownie: …...………………...., obliczone jako suma ceny brutto za godzinę zegarową terapii SI………. zł x maksymalna liczba godzin zegarowych terapii SI: **2000.**
   4. ***\*Część IV – Realizacja terapii SI (integracja sensoryczna) na terenie miasta Rybnik lub powiatu rybnickiego lub miasta Wodzisław Śląski lub miasta Żory lub miasta Jastrzębie-Zdrój.****:* ……………… złotych brutto, słownie: …...………………...., obliczone jako suma ceny brutto za godzinę zegarową terapii SI………. zł   
      x maksymalna liczba godzin zegarowych terapii SI: **2000.**
3. Cena brutto za realizację usługi zawiera obowiązkowe potrącenia i narzuty po stronie Wykonawcy i Zamawiającego\*. Kwota wskazana w ust. 1 stanowi ostateczną wartość i zawiera wszelkie koszty niezbędne do realizacji przedmiotu umowy określonego w § 1.
4. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmniejszenia liczby godzin terapii SI dla dzieci maksymalnie o10 % w każdej z części postępowania. Rozliczenie usługi nastąpi wtedy zgodnie z rzeczywistym wykonaniem liczby godzin, a Wykonawca nie będzie wnosił z tego tytułu żadnych roszczeń.
5. Środki finansowe na realizację umowy zostały zabezpieczone w budżecie Województwa Śląskiego na 2024 rok oraz w Wieloletniej Prognozie Finansowej Województwa Śląskiego.
6. Rozliczenie wynagrodzenia odbywać się będzie na podstawie protokołu, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
7. Rachunek/faktura za wykonanie przedmiotu umowy zostanie wystawiona i dostarczona przez *Wykonawcę* po zaakceptowaniu protokołu z realizacji usługi w danym miesiącu, bez uwag ze strony *Zamawiającego*, do 10 dnia miesiąca następnego, z zastrzeżeniem, że rachunek/faktura za usługi zrealizowane w grudniu 2024 roku zostanie wystawiona i dostarczona przez Wykonawcę najpóźniej do 13 grudnia 2024 roku, za usługi zrealizowane w grudniu 2025 do dnia 15 grudnia 2025 roku, a za usługi zrealizowane w grudniu 2026 do dnia 14 grudnia 2026 roku .
8. Wynagrodzenia będą wypłacane *Wykonawcy* w terminie do 30 dni od otrzymania przez *Zamawiającego* prawidłowo wystawionych faktur/rachunków przelewem na następujący rachunek: ……………………..…
9. W przypadku zmiany rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 8, *Wykonawca* zobligowany jest niezwłocznie do przesłania do *Zamawiającego* informacji podpisanej przez umocowane do reprezentacji osoby, z podaniem nowego numeru rachunku wraz z oświadczeniem o którym mowa w ustępie 10.
10. *\*Wykonawca* oświadcza, że dla rachunku, o którym mowa w ust. 8 ***jest / nie jest***  prowadzony rachunek VAT o którym mowa w art. 62a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe.
11. W przypadku podania rachunku, który nie obsługuje przelewów zgodnie z przepisem wykazanym w ust. 10 pomimo istnienia takiego obowiązku lub w przypadku braku możliwości realizacji płatności zgodnie z powołanymi przepisami, *Zamawiający* jest uprawniony do wstrzymania się z płatnością do czasu uzyskania możliwości dokonania płatności zgodnie z przepisami. To samo dotyczy sytuacji, gdy wbrew obowiązkom faktura nie zawiera odpowiednich adnotacji.
12. Faktura/rachunek musi być wystawiona/y na:

Województwo Śląskie

Śląski Ośrodek Adopcyjny w Katowicach

ul. Graniczna 29, 40-017 Katowice

NIP: 9542770064

1. Dopuszcza się zmianę wynagrodzenia należnego Wykonawcy w wyniku zmiany cen materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówienia, na poniższych warunkach:
2. poziom zmiany cen materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówienia ustala się na poziomie powyżej 12 %   
   w stosunku do cen lub kosztów obowiązujących w dniu otwarcia ofert,
3. za podstawę do żądania zmiany wynagrodzenia należnego Wykonawcy i określenia wysokości takiej zmiany, przyjmuje się średnią z 6 kolejnych miesięcznych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych, ogłaszanych w komunikacie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, informujący czy nastąpiły zmiany cen lub kosztów i w jakiej wysokości,
4. Wykonawca jest zobowiązany określić i udokumentować wpływ zmiany ww. kosztów na koszt wykonania zamówienia -   
   w szczególności poprzez wykazanie , iż zmiana cen materiałów lub kosztów o ponad 12 % w stosunku do cen lub kosztów obowiązujących w terminie składania oferty, wpłynęła na koszty wykonania zamówienia,
5. Zmiana wynagrodzenia możliwa będzie nie częściej niż 1 raz w trakcie trwania umowy i nie wcześniej niż po upływie   
   6 miesięcy od dnia zawarcia umowy,
6. Zmiana wynagrodzenia będzie odnosić się wyłącznie do części przedmiotu umowy wykonywanej po dniu wejścia w życie aneksu zmieniającego wysokość wynagrodzenia,
7. maksymalna wartość wszystkich zmiany wynagrodzenia w wyniku zastosowania postanowień niniejszego ustępu nie może przekroczyć 10 % całkowitego wynagrodzenia Wykonawcy,
8. Wykonawca, którego wynagrodzenie zostało zmienione, zobowiązany jest do zmiany wynagrodzenia przysługującego podwykonawcy lub dalszemu podwykonawcy, jeżeli okres obowiązywania umowy przekracza 6 miesięcy (jeżeli dotyczy).
9. Dopuszcza się zmianę wynagrodzenia należnego Wykonawcy w wyniku wystąpienia następujących okoliczności:
10. zmian stawki podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego;
11. zmian wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę;
12. zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub ubezpieczenie zdrowotne;
13. zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia   
    4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych.
14. Jeżeli wyżej wymienione okoliczności w sposób uzasadniony będą miały bezpośredni wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, w takiej sytuacji Wykonawcy przysługuje uprawnienie do złożenia wniosku o zmianę wynagrodzenia w zakresie bezpośrednio związanym ze zmianą określoną w ust. 14 lit. a - d powyżej.
15. W przypadku gdy w trakcie obowiązywania umowy wystąpią okoliczności określone w ust. 14 lit. a - d, Zamawiający przewiduje możliwość zmiany wynagrodzenia na następujących zasadach:
    * + 1. W sytuacji wystąpienia okoliczności wskazanych w ust. 14 lit. a niniejszego paragrafu Wykonawca jest uprawniony złożyć Zamawiającemu pisemny wniosek o zmianę Umowy w zakresie płatności wynikających z faktur wystawionych po wejściu w życie przepisów zmieniających stawkę podatku od towarów i usług. Wniosek powinien zawierać wyczerpujące uzasadnienie faktyczne i wskazanie podstaw prawnych zmiany stawki podatku od towarów i usług oraz dokładne wyliczenie kwoty wynagrodzenia należnego Wykonawcy po zmianie Umowy.
        2. W sytuacji wystąpienia okoliczności wskazanych w ust. 14 lit. b niniejszego paragrafu Wykonawca jest uprawniony złożyć Zamawiającemu pisemny wniosek o zmianę Umowy w zakresie płatności wynikających z faktur wystawionych po wejściu w życie przepisów zmieniających wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę. Wniosek powinien zawierać wyczerpujące uzasadnienie faktyczne i wskazanie podstaw prawnych oraz dokładne wyliczenie kwoty wynagrodzenia należnego Wykonawcy po zmianie Umowy, w szczególności Wykonawca zobowiązuje się wykazać związek pomiędzy wnioskowaną kwotą podwyższenia wynagrodzenia, a wpływem zmiany minimalnego wynagrodzenia za pracę na kalkulację wynagrodzenia. Wniosek powinien obejmować jedynie dodatkowe koszty realizacji Umowy, które Wykonawca obowiązkowo ponosi w związku z podwyższeniem wysokości płacy minimalnej. Zamawiający oświadcza, iż nie będzie akceptował, kosztów wynikających z podwyższenia wynagrodzeń pracownikom Wykonawcy, które nie są konieczne w celu ich dostosowania do wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę, w szczególności koszty podwyższenia wynagrodzenia w kwocie przewyższającej wysokość płacy minimalnej.
        3. W sytuacji wystąpienia okoliczności wskazanych w ust. 14 lit. c niniejszego paragrafu Wykonawca jest uprawniony złożyć Zamawiającemu pisemny wniosek o zmianę Umowy w zakresie płatności wynikających z faktur wystawionych po zmianie zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne. Wniosek powinien zawierać wyczerpujące uzasadnienie faktyczne i wskazanie podstaw prawnych oraz dokładne wyliczenie kwoty wynagrodzenia Wykonawcy po zmianie Umowy, w szczególności Wykonawca zobowiązuje się wykazać związek pomiędzy wnioskowaną kwotą podwyższenia wynagrodzenia a wpływem zmiany zasad, o których mowa w ust. 14 lit. c niniejszego paragrafu na kalkulację wynagrodzenia. Wniosek może obejmować jedynie dodatkowe koszty realizacji Umowy, które Wykonawca obowiązkowo ponosi w związku ze zmianą zasad, o których mowa w ust. 14 lit. c niniejszego paragrafu.
        4. W sytuacji zmiany w trakcie obowiązywania umowy zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych - zmiany zostaną wprowadzone w sposób analogiczny jak opisany w lit. a-c powyżej.

**§ 4**

1. Strony postanawiają, że w celu spełnienia obowiązków wynikających z art. 28 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanego dalej „Rozporządzeniem”, *Zamawiający* powierza przetwarzanie danych osobowych *Wykonawcy* w celu realizacji niniejszej Umowy.
2. Zakres przetwarzania obejmuje wgląd do danych osobowych *Zamawiającego*.
3. Przetwarzane dane dotyczą: dzieci zgłoszonych do przysposobienia lub przysposobionych.
4. Przetwarzane dane obejmują: imię, nazwisko, wiek, dane kontaktowe do rodziców/opiekunów (numer telefonu).
5. *Zamawiający* oświadcza, że jest uprawniony do powierzenia przetwarzania danych *Wykonawcy*, a powierzone mu dane gromadzone są zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. *Zamawiający* zobowiązany jest do przekazywania danych zachowując zasady bezpieczeństwa w celu zachowania poufności   
   i integralności powierzanych danych.
7. *Zamawiający* nie zezwala/zezwala *Wykonawcy* na korzystanie z usług innego podmiotu przetwarzającego\*.
8. *Zamawiający* ma prawo samodzielnie lub za pomocą upoważnionych przez siebie audytorów przeprowadzić audyty lub inspekcje u *Wykonawcy*, których celem jest weryfikacja realizacji obowiązków wynikających z zapisów Rozporządzenia.
9. *Wykonawca* przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych zobowiązany jest stosować przepisy Rozporządzenia, w tym:
   1. stosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające bezpieczeństwo powierzanym danym, w stopniu adekwatnym do ryzyka występujących zagrożeń,
   2. powinien zabezpieczyć dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem,
   3. dopuszczać do przetwarzana danych wyłącznie osoby, które zobowiązały się do zachowania tajemnicy lub podlegają odpowiedniemu ustawowemu obowiązkowi zachowania tajemnicy.
10. *Wykonawca* zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych wyłącznie na udokumentowane polecenie *Zamawiającego*.
11. *Wykonawca* zobowiązuje się do udostępnienia *Zamawiającemu* wszelkich informacji niezbędnych do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia oraz umożliwienia *Zamawiającemu* lub audytorowi upoważnionemu przez *Zamawiającego* do przeprowadzania w tym zakresie audytów, kontroli i inspekcji a także do brania czynnego w nich udziału. *Wykonawca* związany będzie wszelkimi wydawanymi w toku audytu, kontroli lub inspekcji zaleceniami.
12. *Wykonawca* zobowiązany jest do wykorzystania powierzonych danych osobowych wyłącznie w zakresie i celu niezbędnym do realizacji obowiązków wynikających z niniejszej Umowy.
13. W miarę możliwości *Wykonawca* pomagać będzie *Zamawiającemu* poprzez odpowiednie środki techniczne i organizacyjne wywiązać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w zakresie wykonywania jej praw.
14. W miarę możliwości *Wykonawca* zobowiązuje się pomagać *Zamawiającemu* w realizacji obowiązków wynikających z art. 32-36 Rozporządzenia, a odnoszących się do: bezpieczeństwa przetwarzania, zgłaszania naruszeń ochrony danych organowi nadzorczemu, zawiadamiania osoby, której dane dotyczą, o naruszeniu ochrony danych osobowych, oceny skutków dla ochrony danych oraz uprzednich konsultacji. W szczególności *Wykonawca* zgłasza *Zamawiającemu* przypadki naruszeń ochrony danych osobowych w ciągu 24 godzin.
15. Każda ze Stron odpowiada za szkody wyrządzone drugiej Stronie oraz osobom trzecim w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy, zgodnie z przepisami Rozporządzenia i Kodeksu cywilnego.
16. W celu uniknięcia wątpliwości, *Wykonawca* ponosi odpowiedzialność za działania swoich pracowników i innych osób, przy pomocy których przetwarza powierzone dane osobowe, jak za własne działanie i zaniechanie.
17. Strony postanawiają, iż po zakończeniu przetwarzania danych *Wykonawca* zobowiązany jest do niezwłocznego zakończenia wykonywania operacji na powierzonych mu danych oraz do usunięcia powierzonych mu danych (i wszelkich ich istniejących kopii) lub zwrotu *Zamawiającemu* – w zależności od jego decyzji, o ile nie następuje konieczność dalszego przetwarzania danych wynikająca z przepisów odrębnych.
18. Z tytułu wykonywania świadczeń określonych w niniejszym paragrafie *Wykonawcy* nie przysługuje dodatkowe wynagrodzenie ponad to, które zostało określone w § 3 ust. 2 umowy.

**§ 5**

* + - 1. Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia o Umowy, jeżeli zaistnieje istotna zmiana okoliczności powodująca, że wykonanie Umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia, lub dalsze wykonywanie Umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu – odstąpienie od Umowy w tym przypadku może nastąpić w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach, co wynika z art. 456 ust. 1 pkt 1 Ustawy.
      2. Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy również w następujących okolicznościach, jeżeli:
  1. w stosunku do Wykonawcy sąd odmówi ogłoszenia upadłości z uwagi na niewystarczające aktywa na prowadzenie upadłości, jeżeli Wykonawca zawrze z wierzycielami układ powodujący zagrożenie dla realizacji Umowy lub nastąpi likwidacja przedsiębiorstwa Wykonawcy, jeżeli w wyniku wszczętego postępowania egzekucyjnego nastąpi zajęcie majątku Wykonawcy lub jego znacznej części;
  2. Wykonawca nie rozpoczął realizacji przedmiotu Umowy bez uzasadnionych przyczyn lub – mimo otrzymania pisemnego wezwania – nie wykonuje lub nienależycie wykonuje zobowiązania wynikające z Umowy.

1. Powyższe uprawnienie Zamawiającego nie uchybia możliwości odstąpienia od Umowy przez którąkolwiek ze Stron, na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego.
2. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 2, Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o okolicznościach wymienionych w ust. 2.
3. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy należy złożyć drugiej Stronie w formie pisemnej lub w postaci elektronicznej, na zasadach wskazanych w art. 772 Kodeksu cywilnego. Oświadczenie to musi zawierać uzasadnienie.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy przez którąkolwiek ze Stron, Wykonawca zachowuje prawo do wynagrodzenia wyłącznie za przedmiot Umowy zrealizowany do dnia odstąpienia od Umowy. Wykonawcy nie przysługują żadne inne roszczenia.
5. Odstąpienie Zamawiającego od Umowy nie zwalnia Wykonawcy od zapłaty kary umownej lub odszkodowania.
6. Zamawiający może odstąpić od Umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o okolicznościach określonych w art. 456 ust. 1 pkt 2 Ustawy. W tym przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części Umowy. Do oświadczenia o rozwiązaniu Umowy odpowiednie zastosowanie ma ust. 5.

**§ 6**

1. Zamawiający przewiduje zmiany postanowień umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy w zakresie uregulowanym w art. 454-455 ustawy tj:
2. Zmianę terminu realizacji umowy, w przypadku zaistnienia okoliczności, których nie można było przewidzieć pomimo zachowania należytej staranności.
3. Zaistnienia omyłki pisarskiej.
4. Zmiany danych teleadresowych.
5. Zaistnienia siły wyższej (np. powódź, pożar, zamieszki, strajki, ataki terrorystyczne, przerwy w dostawie energii elektrycznej, zagrożenia epidemiologiczne i inne zdarzenia) mającej wpływ na realizację umowy.
6. Wystąpienia innych zdarzeń mających wpływ na realizację umowy, w szczególności takich, które powstały niezależnie od działań samych stron, bądź których strony nie były w stanie przewidzieć.
7. W szczególnie uzasadnionych wypadkach, za które Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności dopuszczalna jest zmiana osoby realizującej zamówienie, po uprzednim poinformowaniu o tym fakcie Zamawiającego z podaniem przyczyny tejże zmiany i uzyskaniu akceptacji dla osoby wskazanej na zastępcę. Zaproponowana osoba musi posiadać kwalifikacje i doświadczenie zgodne z wymaganiami określonymi w SWZ (na spełnienie warunków udziału w postępowaniu) i uzyskać taką samą lub wyższą liczbę punktów w kryterium „Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia w prowadzeniu terapii SI” co osoba zmieniana.
8. Nastąpi zmiana powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu zamówienia.
9. Konieczności wprowadzenia zmian będzie następstwem zmian wytycznych dotyczących Programu Operacyjnego lub wytycznych i zaleceń Instytucji Pośredniczącej i /lub Zarządzającej.
10. Zmiany oświadczeń Wykonawcy i sposobu płatności za realizację usługi związaną z zastosowaniem systemu podzielonej płatności (split payment).
11. Zmiany wynagrodzenia należnego Wykonawcy w wyniku zmiany cen materiałów lub kosztów związanych z realizacją zamówienia,
12. Zmiany wysokości należnego wynagrodzenia w odniesieniu do zobowiązań niezrealizowanych w przypadku:
    1. Ustawowej zmiany obowiązujących stawek podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego, w odniesieniu do usługi będącej przedmiotem umowy,
    2. Zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo minimalnej stawki godzinowej ustalonej na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę,
    3. Zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
    4. W przypadku zmiany zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018r. o pracowniczych planach kapitałowych jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania umowy i Wykonawca w sposób obiektywny udowodni ich wielkość.

**§ 7**

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną:
2. w przypadku uznania przez *Zamawiającego*, że przedmiot umowy został niewykonany lub nienależycie wykonany *Zamawiający* może obciążyć *Wykonawcę* karą umowną w wysokości 15% maksymalnego wynagrodzenia brutto określonego w § 3 ust. 2 niniejszej umowy. Za nienależyte wykonanie przedmiotu umowy uważa się w szczególności naruszenie postanowień § 1, § 2, § 4 niniejszej umowy,
3. za rozwiązanie lub odstąpienie od Umowy przez którąkolwiek ze Stron z przyczyn, za które Wykonawca ponosi odpowiedzialność – w wysokości 20% maksymalnego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 3 ust. 2 umowy;
4. W przypadku gdy wysokość szkody poniesionej przez Zamawiającego jest większa od kary umownej, a także w przypadku, gdy szkoda powstała z przyczyn, dla których nie zastrzeżono kary umownej, Zamawiający jest uprawniony do żądania odszkodowania na zasadach ogólnych, wynikających z przepisów Kodeksu cywilnego – niezależnie od tego, czy realizuje uprawnienia do otrzymania kary umownej. W przypadku, gdy wysokość poniesionej szkody jest większa od kary umownej, Zamawiający może żądać odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej.
5. Łączna wysokość kar umownych nie może przekroczyć wartości 20 % maksymalnego wynagrodzenia brutto, o którym mowa   
   w § 3 ust. 2.
6. W przypadku niewykonania przedmiotu umowy, *Wykonawcy* nie przysługuje wynagrodzenie, a ponadto *Zamawiający* może obciążyć *Wykonawcę* karą umowną naliczoną na zasadach określonych w ust. 1.
7. Zamawiający jest uprawniony do potrącania wierzytelności wobec Wykonawcy z tytułu kar umownych z wierzytelnościami Wykonawcy wobec Zamawiającego z tytułu wynagrodzenia*,* na co Wykonawca wyraża zgodę, chyba że obowiązujące przepisy stanowią inaczej.
8. Zamawiający może dokonać potrącenia, o którym mowa w ust. 5, w każdym przypadku powstania uprawnienia do żądania zapłaty kary umownej, choćby jego wierzytelność z tego tytułu nie była jeszcze wymagalna (nie upłynął jeszcze termin, w którym Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty kary umownej).
9. Wykonawca zapłaci karę umowną w terminie 14 dni od daty otrzymania od Zamawiającego żądania jej zapłaty, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zamawiającego w żądaniu zapłaty.

**§ 8**

1. Integralną część umowy stanowią zapytanie ofertowe oraz oferta złożona przez *Wykonawcę.*
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.
3. Spory związane z realizacją umowy strony w miarę możliwości załatwiać będą polubownie, ostatecznie właściwym do rozstrzygnięcia sporu jest sąd właściwy dla siedziby *Zamawiającego.*
4. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

|  |  |
| --- | --- |
| ZAMAWIAJĄCY: | WYKONAWCA: |
| .................................................. | .................................................. |

\* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do umowy

**PROTOKÓŁ**

**z realizacji zadania w ramach projektu pn.**

***Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne***

***Część…..***

Za okres od ..................... do .......................

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wykonywane zadania: | | |  | |
| Dzień miesiąca | | Opis zadań wykonywanych na rzecz lub w ramach projektu | Liczba godzin zegarowych | |
|  | | WZÓR |  | |
| Ogółem: | | |  | |
|  |  | |  | |
| Potwierdzam wykonanie zadań zgodnie z umową nr …… z dnia .................: | | | | |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | | |
| Podpis realizatora ze strony Wykonawcy Podpis osoby sprawdzającej ze strony Zamawiającego | | | | |

…………………………………… ……………………………………………

Załącznik 6

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane wraz z ofertą na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy**

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część I – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Katowice**

stosownie do zakresu wykazywanych przez poszczególnych Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie warunków udziału określonych w SWZ, dotyczących wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia\*

oświadczamy, że:

1. ………………………… (*wskazać właściwego Wykonawcę spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*) wykazujący warunek dotyczący ………………(*wskazać właściwy warunek z SWZ*) wykona następujące usługi : …………………………………………………
2. ………………………… (*wskazać właściwego Wykonawcę spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*) wykazujący warunek dotyczący …………………(*wskazać właściwy warunek z SWZ*) wykona następujące usługi: …………………………

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik 6

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane wraz z ofertą na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy**

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część II – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Częstochowa.**

stosownie do zakresu wykazywanych przez poszczególnych Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie warunków udziału określonych w SWZ, dotyczących wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia\*

oświadczamy, że:

1. ………………………… (*wskazać właściwego Wykonawcę spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*) wykazujący warunek dotyczący ………………(*wskazać właściwy warunek z SWZ*) wykona następujące usługi : …………………………………………………
2. ………………………… (*wskazać właściwego Wykonawcę spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*) wykazujący warunek dotyczący …………………(*wskazać właściwy warunek z SWZ*) wykona następujące usługi: …………………………

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik 6

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane wraz z ofertą na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy**

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część III - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Bielsko-Biała.**

stosownie do zakresu wykazywanych przez poszczególnych Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie warunków udziału określonych w SWZ, dotyczących wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia\*

oświadczamy, że:

1. ………………………… (*wskazać właściwego Wykonawcę spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*) wykazujący warunek dotyczący ………………(*wskazać właściwy warunek z SWZ*) wykona następujące usługi : …………………………………………………
2. ………………………… (*wskazać właściwego Wykonawcę spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*) wykazujący warunek dotyczący …………………(*wskazać właściwy warunek z SWZ*) wykona następujące usługi: …………………………

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik 6

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane wraz z ofertą na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy**

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część IV - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Rybnik lub powiatu rybnickiego lub miasta Wodzisław Śląski lub miasta Żory lub miasta Jastrzębie-Zdrój**

stosownie do zakresu wykazywanych przez poszczególnych Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie warunków udziału określonych w SWZ, dotyczących wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia\*

oświadczamy, że:

1. ………………………… (*wskazać właściwego Wykonawcę spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*) wykazujący warunek dotyczący ………………(*wskazać właściwy warunek z SWZ*) wykona następujące usługi : …………………………………………………
2. ………………………… (*wskazać właściwego Wykonawcę spośród Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia*) wykazujący warunek dotyczący …………………(*wskazać właściwy warunek z SWZ*) wykona następujące usługi: …………………………

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik 7

**Oświadczenie Wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego**

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część I – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Katowice**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \*: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*Niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy złożonym w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w art. 108 ust. 1 ustawy pzp, oraz w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego pozostają aktualne/ są nieaktualne w zakresie……………………………\* na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.

**\*Niepotrzebne skreślić i/lub uzupełnić**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik 7

**Oświadczenie Wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego**

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część II – Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne na terenie miasta Częstochowa.**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \*: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*Niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy złożonym w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w art. 108 ust. 1 ustawy pzp, oraz w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego pozostają aktualne/ są nieaktualne w zakresie……………………………\* na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.

**\*Niepotrzebne skreślić i/lub uzupełnić**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik 7

**Oświadczenie Wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego**

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część III - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Bielsko-Biała.**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \*: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*Niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy złożonym w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w art. 108 ust. 1 ustawy pzp, oraz w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego pozostają aktualne/ są nieaktualne w zakresie……………………………\* na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.

**\*Niepotrzebne skreślić i/lub uzupełnić**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

Załącznik 7

**Oświadczenie Wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego**

**Wybór osób do realizacji terapii SI (integracja sensoryczna) dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne**

**Część IV - Wybór osoby do realizacji terapii SI dla dzieci – uczestników projektu Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne** **na terenie miasta Rybnik lub powiatu rybnickiego lub miasta Wodzisław Śląski lub miasta Żory lub miasta Jastrzębie-Zdrój**

**Wykonawca/Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia/podmiot udostępniający zasoby \*: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**\*Niepotrzebne skreślić**

**Uwaga! w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, oświadczenie składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.**

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy złożonym w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w art. 108 ust. 1 ustawy pzp, oraz w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego pozostają aktualne/ są nieaktualne w zakresie……………………………\* na dzień złożenia niniejszego oświadczenia.

**\*Niepotrzebne skreślić i/lub uzupełnić**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie (X) właściwej odpowiedzi)

Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby/osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-4)