

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 2021 r. poz. 1129 z późn. zm) na usługę pn.:

**Wybór osób do realizacji kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci   
z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część I –** **Wybór osób do realizacji diagnoz dzieci** **w kierunku FAS/FASD oraz działań terapeutycznych dla rodziców/opiekunów**

**I. 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.

**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** | **Liczba diagnoz/godzin dydaktycznych**  **konsultacji** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto za 1 diagnozę /1 godzinę dydaktyczną konsultacji w złotych** | **Wartość brutto zamówienia  w złotych**  **(iloczyn kol. 3  x kol. 5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | Realizacja diagnoz | 50 |  |  |  |
| 2 | Realizacja konsultacji dla rodziców/opiekunów dzieci po diagnozie | 150 |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem (suma wierszy 1 i 2)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Doświadczenie w prowadzeniu diagnozy dzieci i/lub młodzieży  w kierunku FAS/FASD**  **Liczba lat** |
| 1. | **Specjalista I** |  |  |
| 2. | **Specjalista II** |  |  |

**UWAGA:**

Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie powyżej 3 lat. **Zamawiający ustala podlegającą ocenie: minimalną liczbę lat doświadczenia – 4 lata i maksymalną liczbę lat doświadczenia – 10 lat.** Doświadczenie powyżej 10 lat nie będzie dodatkowo punktowane. W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż jednego Specjalistę I i/lub więcej niż jednego Specjalistę II wymaganych przez Zmawiającego wiersze tabeli należy zmultiplikować i wykazać wszystkie przewidziane do realizacji zamówienia osoby.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi i/lub młodzieżą z FAS/FASD oraz ich rodzinami**  **Liczba lat** |
| 1. | **Specjalista I** |  |  |
| 2. | **Specjalista II** |  |  |

**UWAGA:**

*Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie powyżej 3 lat.* ***Zamawiający ustala podlegającą ocenie: minimalną liczbę lat doświadczenia – 4 lata i maksymalną liczbę lat doświadczenia – 10 lat.*** *Doświadczenie powyżej 10 lat nie będzie dodatkowo punktowane. W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż jednego Specjalistę I i/lub więcej niż jednego Specjalistę II wymaganych przez Zmawiającego wiersze tabeli należy zmultiplikować i wykazać wszystkie przewidziane do realizacji zamówienia osoby.*

1. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
2. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną   
   część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte,
3. uważam się za związanego niniejszą ofertą **do dnia 03.05.2022r.**
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 miejscu wskazanym przez Zamawiającego, oświadczam, że przedmiot zamówienia wykonam **samodzielnie / przy pomocy podwykonawców (niewłaściwe usunąć).**
      2. W przypadku wyboru wykonania zamówienia **przy pomocy podwykonawców** należy wskazać części zamówienia, której wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom i podać nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Firma Podwykonawcy | Opis części zamówienia przewidzianej do wykonania przez Podwykonawcę |
|  |  |  |

* + - 1. 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.
      2. 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.
      3. 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:

|  |
| --- |
|  |

wartość bez kwoty podatku (zł)

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

6. 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.

7.Oświadczamy, że Wykonawca jest:

mikroprzedsiębiorstwem,

małym przedsiębiorstwem,

średnim przedsiębiorstwem

dużym przedsiębiorstwem  
**(niewłaściwe usunąć)**

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. 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 2021 r. poz. 1129 z późn. zm) na usługę pn.:

**Wybór osób do realizacji kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci   
z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część II – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ASD**

**I. 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.

**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** | **Liczba diagnoz/godzin dydaktycznych**  **terapii** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto za 1 diagnozę /1 godzinę dydaktyczną terapii w złotych** | **Wartość brutto zamówienia  w złotych**  **(iloczyn kol. 3  x kol. 5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | Realizacja diagnoz | 20 |  |  |  |
| 2 | Realizacja terapii | 150 |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem (suma wierszy 1 i 2)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Doświadczenie w prowadzeniu diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci**  **Liczba lat** |
| 1. | **Specjalista I** |  |  |
| 2. | **Specjalista II** |  |  |

**UWAGA:**

Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie powyżej 3 lat. **Zamawiający ustala podlegającą ocenie: minimalną liczbę lat doświadczenia – 4 lata i maksymalną liczbę lat doświadczenia – 10 lat.** Doświadczenie powyżej 10 lat nie będzie dodatkowo punktowane. W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż jednego Specjalistę I i/lub więcej niż jednego Specjalistę II wymaganych przez Zmawiającego wiersze tabeli należy zmultiplikować i wykazać wszystkie przewidziane do realizacji zamówienia osoby.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu**  **Liczba lat** |
| 1. | **Specjalista I** |  |  |
| 2. | **Specjalista II** |  |  |

**UWAGA:**

*Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie powyżej 3 lat.* ***Zamawiający ustala podlegającą ocenie: minimalną liczbę lat doświadczenia – 4 lata i maksymalną liczbę lat doświadczenia – 10 lat.*** *Doświadczenie powyżej 10 lat nie będzie dodatkowo punktowane. W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż jednego Specjalistę I i/lub więcej niż jednego Specjalistę II wymaganych przez Zmawiającego wiersze tabeli należy zmultiplikować i wykazać wszystkie przewidziane do realizacji zamówienia osoby.*

1. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
2. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną   
   część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte,
3. uważam się za związanego niniejszą ofertą **do dnia 03.05.2022r**.
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 miejscu wskazanym przez Zamawiającego,
      2. Oświadczam, że przedmiot zamówienia wykonam **samodzielnie / przy pomocy podwykonawców   
         (niewłaściwe usunąć).**

W przypadku wyboru wykonania zamówienia **przy pomocy podwykonawców** należy wskazać części zamówienia, której wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom i podać nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Firma Podwykonawcy | Opis części zamówienia przewidzianej do wykonania przez Podwykonawcę |
|  |  |  |

3.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.

4.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.

5.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:

|  |
| --- |
|  |

wartość 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:

mikroprzedsiębiorstwem,

małym przedsiębiorstwem,

średnim przedsiębiorstwem

dużym przedsiębiorstwem  
**(niewłaściwe usunąć)**

* + - 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. 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 2021 r. poz. 1129 z późn. zm) na usługę pn.:

**Wybór osób do realizacji kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci   
z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część III – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ADHD**

**I. 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.

**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** | **Liczba diagnoz/godzin dydaktycznych**  **terapii** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto za 1 diagnozę /1 godzinę dydaktyczną terapii w złotych** | **Wartość brutto zamówienia  w złotych**  **(iloczyn kol. 3  x kol. 5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | Realizacja diagnoz | 30 |  |  |  |
| 2 | Realizacja terapii | 150 |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem (suma wierszy 1 i 2)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Doświadczenie w prowadzeniu diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych u dzieci**  **Liczba lat** |
| 1. | **Specjalista I** |  |  |
| 2. | **Specjalista II** |  |  |

**UWAGA:**

Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie powyżej 3 lat. **Zamawiający ustala podlegającą ocenie: minimalną liczbę lat doświadczenia – 4 lata i maksymalną liczbę lat doświadczenia – 10 lat.** Doświadczenie powyżej 10 lat nie będzie dodatkowo punktowane. W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż jednego Specjalistę I i/lub więcej niż jednego Specjalistę II wymaganych przez Zmawiającego wiersze tabeli należy zmultiplikować i wykazać wszystkie przewidziane do realizacji zamówienia osoby.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełniona funkcja** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie wykonywała zamówienie** | **Doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi z ADHD**  **Liczba lat** |
| 1. | **Specjalista I** |  |  |
| 2. | **Specjalista II** |  |  |

**UWAGA:**

*Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie powyżej 3 lat.* ***Zamawiający ustala podlegającą ocenie: minimalną liczbę lat doświadczenia – 4 lata i maksymalną liczbę lat doświadczenia – 10 lat.*** *Doświadczenie powyżej 10 lat nie będzie dodatkowo punktowane. W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż jednego Specjalistę I i/lub więcej niż jednego Specjalistę II wymaganych przez Zmawiającego wiersze tabeli należy zmultiplikować i wykazać wszystkie przewidziane do realizacji zamówienia osoby.*

1. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
2. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną   
   część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte,
3. uważam się za związanego niniejszą ofertą **do dnia 03.05.2022r.**
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 miejscu wskazanym przez Zamawiającego,

2.Oświadczam, że przedmiot zamówienia wykonam **samodzielnie / przy pomocy podwykonawców   
(niewłaściwe usunąć).**

W przypadku wyboru wykonania zamówienia **przy pomocy podwykonawców** należy wskazać części zamówienia, której wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom i podać nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Firma Podwykonawcy | Opis części zamówienia przewidzianej do wykonania przez Podwykonawcę |
|  |  |  |

3.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.

4.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.

5.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:

|  |
| --- |
|  |

wartość bez kwoty podatku (zł)

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

6.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.

7.Oświadczamy, że Wykonawca jest:

mikroprzedsiębiorstwem,

małym przedsiębiorstwem,

średnim przedsiębiorstwem

dużym przedsiębiorstwem  
**(niewłaściwe usunąć)**

8.Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia ofert (art. 297 Kodeksu Karnego).

9.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: ………………………………………**

*(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 kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część I – Wybór osób do realizacji diagnoz dzieci** **w kierunku FAS/FASD oraz działań terapeutycznych dla rodziców/opiekunów**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

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

□ Tak\* □ Nie\*

**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\*

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

\* właściwe zaznaczyć



załącznik nr 2

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

**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 kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część II – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ASD**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

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

□ Tak\* □ Nie\*

**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\*

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

\* właściwe zaznaczyć



załącznik nr 2

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

**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 kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część III – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ADHD**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

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

□ Tak\* □ Nie\*

**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\*

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

\* właściwe zaznaczyć



załącznik nr 3

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

**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 kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część I – Wybór osób do realizacji diagnoz dzieci** **w kierunku FAS/FASD oraz działań terapeutycznych dla rodziców/opiekunów**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 oraz 109 ust. 1 pkt 1) ustawy.

Tak  Nie (proszę o zakreślenie 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 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 właściwej odpowiedzi)

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



załącznik nr 3

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

**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 kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część II – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ASD**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 oraz 109 ust. 1 pkt 1) ustawy.

Tak  Nie (proszę o zakreślenie 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 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 właściwej odpowiedzi)

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



załącznik nr 3

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

**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 kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część III – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ADHD**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 oraz 109 ust. 1 pkt 1) ustawy.

Tak  Nie (proszę o zakreślenie 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 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 właściwej odpowiedzi)

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



załącznik nr 4

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

**Wybór osób do realizacji kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część I – Wybór osób do realizacji diagnoz dzieci** **w kierunku FAS/FASD oraz działań terapeutycznych dla rodziców/opiekunów**

**Specjalista I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | |  | | | | | | | | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** (należy podać: nazwę ukończonej uczelni, datę ukończenia studiów, kierunek studiów, oraz uzyskany tytuł) | | | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | | | | **Kierunek studiów** | | | | **Uzyskany tytuł** |
|  |  | | | | |  | | | |  |
| **Ukończone szkolenie z zakresu stosowania czterocyfrowego kwestionariusza diagnostycznego FASD lub innego narzędzia diagnostycznego FAS/FASD** (należy podać: nazwę ukończonego szkolenia, nazwę organizatora szkolenia, datę ukończenia szkolenia) | | | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego szkolenia** | | | **Nazwa organizatora szkolenia** | | | | **Data ukończenia szkolenia** | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
| **Ukończone szkolenia/kursy z zakresu diagnozy i/lub terapii dzieci z problemami neurorozwojowymi** (należy podać: nazwę ukończonego kursu/szkolenia, nazwę organizatora kursu/szkolenia, datę ukończenia kursu/szkolenia) | | | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego kursu/szkolenia** | | | | | **Nazwa organizatora kursu/szkolenia** | | | | **Data ukończenia kursu/szkolenia** | |
|  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | |
| **Doświadczenie w prowadzeniu diagnozy dzieci i/lub młodzieży w kierunku FAS/FASD** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | | | **Liczba lat pracy** | | |
|  | | | |  | | | |  | | |
| **Doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi i/lub młodzieżą** **z FAS/FASD oraz ich rodzinami** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | | | **Liczba lat pracy** | | |
|  | | | |  | | | |  | | |

UWAGA!

1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących diagnozę w kierunku FAS/FASD oraz działania terapeutyczne dla dzieci z FAS/FASD z 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 każdej z osób 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.

**Specjalista II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | |  | | | | | | | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** (należy podać: nazwę ukończonej uczelni, datę ukończenia studiów, kierunek studiów, oraz uzyskany tytuł) | | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | | | | **Kierunek studiów** | | | **Uzyskany tytuł** |
|  |  | | | | |  | | |  |
| **Ukończone szkolenie z zakresu stosowania czterocyfrowego kwestionariusza diagnostycznego FASD lub innego narzędzia diagnostycznego FAS/FASD** (należy podać: nazwę ukończonego szkolenia, nazwę organizatora szkolenia, datę ukończenia szkolenia) | | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego szkolenia** | | | | | **Nazwa organizatora szkolenia** | | | **Data ukończenia szkolenia** | |
|  | | | | |  | | |  | |
| **Ukończone szkolenie/kurs z zakresu diagnozy i/lub terapii dzieci z problemami neurorozwojowymi** (należy podać: nazwę ukończonego kursu/szkolenia, nazwę organizatora kursu/szkolenia, datę ukończenia kursu/szkolenia) | | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego kursu/szkolenia** | | | | **Nazwa organizatora kursu/szkolenia** | | | **Data ukończenia kursu/szkolenia** | | |
|  | | | |  | | |  | | |
| **Doświadczenie w prowadzeniu diagnozy dzieci i/lub młodzieży w kierunku FAS/FASD** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | **Zajmowane stanowisko** | | | | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | |  | | | | |  | |
| **Doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi i/lub młodzieżą oraz ich rodzinami z FAS/FASD** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | **Zajmowane stanowisko** | | | | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | |  | | | | |  | |

UWAGA!

* + - 1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących diagnozę w kierunku FAS/FASD oraz działania terapeutyczne dla dzieci z FAS/FASD z 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 każdej z osób 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.

**Specjalista III**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | |  | | | | | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Wykształcenie** (należy podać: nazwę ukończonej uczelni, datę ukończenia studiów, kierunek studiów, uzyskany tytuł, ukończoną specjalizację/specjalizacje oraz jej/ich stopień) | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | | **Kierunek studiów** | **Uzyskany tytuł** | | **Ukończona specjalizacja/specjalizacje oraz jej/ich stopień** |
|  |  | | |  |  | |  |
| **Doświadczenie w prowadzeniu konsultacji neurologicznych dzieci i młodzieży** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | **Zajmowane stanowisko** | | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | |  | | |  | |

UWAGA!

* + - 1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących diagnozę w kierunku FAS/FASD oraz działania terapeutyczne dla dzieci z FAS/FASD z 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 każdej z osób 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.

**Specjalista IV**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | |  | | | | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Wykształcenie** (należy podać: nazwę ukończonej uczelni, datę ukończenia studiów, kierunek studiów, oraz uzyskany tytuł) | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | | **Kierunek studiów** | | **Uzyskany tytuł** |
|  |  | | |  | |  |
| **Ukończone szkolenie/kurs z zakresu diagnozy i terapii dzieci** (należy podać: nazwę ukończonego kursu/szkolenia, nazwę organizatora kursu/szkolenia, datę ukończenia kursu/szkolenia) | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego kursu/szkolenia** | | | **Nazwa organizatora kursu/szkolenia** | | **Data ukończenia kursu/szkolenia** | |
|  | | |  | |  | |
| **Doświadczenie w prowadzeniu diagnozy i zajęć fizjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | **Zajmowane stanowisko** | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | |  | |  | |

UWAGA!

* + - 1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących diagnozę w kierunku FAS/FASD oraz działania terapeutyczne dla dzieci z FAS/FASD z 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 każdej z osób 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.

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

****

załącznik nr 4

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

**Wybór osób do realizacji kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część II – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ASD**

**Specjalista I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | | |  | | | | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Wykształcenie** (należy podać: nazwę ukończonej uczelni, datę ukończenia studiów, kierunek studiów, oraz uzyskany tytuł) | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | | **Data ukończenia studiów** | | | **Kierunek studiów** | | **Uzyskany tytuł** |
|  | |  | | |  | |  |
| **Ukończone szkolenie/kurs z zakresu terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu/metod terapeutycznych wykorzystywanych w terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu** (należy podać: nazwę ukończonego szkolenia/kursu, nazwę organizatora szkolenia/kursu, datę ukończenia szkolenia/kursu) | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego szkolenia/kursu** | **Nazwa organizatora szkolenia/kursu** | | | | **Data ukończenia szkolenia/kursu** | | |
|  |  | | | |  | | |
| **Doświadczenie zawodowe w prowadzeniu diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | | |  | |  | |
| **Doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | | |  | |  | |

UWAGA!

1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących **diagnozę w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz działania terapeutyczne dla dzieci z ASD** z 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 każdej z osób 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.

**Specjalista II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | | |  | | | | | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** (należy podać: nazwę ukończonej uczelni, datę ukończenia studiów, kierunek studiów, oraz uzyskany tytuł) | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | | **Data ukończenia studiów** | | | | **Kierunek studiów** | | **Uzyskany tytuł** |
|  | |  | | | |  | |  |
| **Ukończone szkolenie/kurs z zakresu terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu/metod terapeutycznych wykorzystywanych w terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu** (należy podać: nazwę ukończonego szkolenia/kursu, nazwę organizatora szkolenia/kursu, datę ukończenia szkolenia/kursu) | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego szkolenia/kursu** | **Nazwa organizatora szkolenia/kursu** | | | | **Data ukończenia szkolenia/kursu** | | | |
|  |  | | | |  | | | |
| **Doświadczenie zawodowe w prowadzeniu diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | | |  | | |  | |
| **Doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | | |  | | |  | |

UWAGA!

1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących **diagnozę w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz działania terapeutyczne dla dzieci z ASD** z 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 każdej z osób 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.

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

****

załącznik nr 4

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

**Wybór osób do realizacji kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część III – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ADHD**

**Specjalista I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | | |  | | | | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Wykształcenie** (należy podać: nazwę ukończonej uczelni, datę ukończenia studiów, kierunek studiów, oraz uzyskany tytuł) | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | | **Data ukończenia studiów** | | | **Kierunek studiów** | | **Uzyskany tytuł** |
|  | |  | | |  | |  |
| **Ukończone szkolenie/kurs z zakresu terapii dzieci z ADHD/metod terapeutycznych wykorzystywanych w terapii dzieci z zaburzeniami z ADHD** (należy podać: nazwę ukończonego szkolenia/kursu, nazwę organizatora szkolenia/kursu, datę ukończenia szkolenia/kursu) | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego szkolenia/kursu** | **Nazwa organizatora szkolenia/kursu** | | | | **Data ukończenia szkolenia/kursu** | | |
|  |  | | | |  | | |
| **Doświadczenie zawodowe prowadzeniu diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych u dzieci** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | | |  | |  | |
| **Doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi z ADHD** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | | |  | |  | |

UWAGA!

1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących **diagnozę w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych oraz działania terapeutyczne dla dzieci z ADHD** z 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 każdej z osób 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.

**Specjalista II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | | |  | | | | | |
| **Informacja o podstawie dysponowania osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie bądź inna forma dysponowania osobą)\*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** (należy podać: nazwę ukończonej uczelni, datę ukończenia studiów, kierunek studiów, oraz uzyskany tytuł) | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | | **Data ukończenia studiów** | | | | **Kierunek studiów** | | **Uzyskany tytuł** |
|  | |  | | | |  | |  |
| **Ukończone szkolenie/kurs z zakresu terapii dzieci z ADHD/metod terapeutycznych wykorzystywanych w terapii dzieci z zaburzeniami z ADHD** (należy podać: nazwę ukończonego szkolenia/kursu, nazwę organizatora szkolenia/kursu, datę ukończenia szkolenia/kursu) | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego szkolenia/kursu** | **Nazwa organizatora szkolenia/kursu** | | | | **Data ukończenia szkolenia/kursu** | | | |
|  |  | | | |  | | | |
| **Doświadczenie zawodowe prowadzeniu diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych u dzieci** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | | |  | | |  | |
| **Doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi z ADHD** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko, liczbę lat pracy) | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko** | | | **Liczba lat pracy** | |
|  | | | |  | | |  | |

UWAGA!

* + - 1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany osób realizujących **diagnozę w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych oraz działania terapeutyczne dla dzieci z ADHD** z 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 każdej z osób 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.

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



załącznik nr 5

**UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG / ZLECENIE\***

**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 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 50 interdyscyplinarnych diagnoz FAS/FASD oraz 150 godzin dydaktycznych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) konsultacji dla rodziców/opiekunów dzieci po diagnozie   
   (w tym: 30 diagnoz i 150 godzin dydaktycznych konsultacji w 2022 roku oraz 20 diagnoz i 60 godzin dydaktycznych konsultacji w 2023 roku, z opcją przenoszenia diagnoz i godzin konsultacji pomiędzy latami). Celem działania będzie udzielenie specjalistycznego wsparcia dzieciom zgłoszonym do przysposobienia i przysposobionym poprzez zapewnienie im kompleksowej oraz interdyscyplinarnej diagnozy FAS/FASD, która pozwoli na określenie deficytów i potrzeb dziecka w różnych obszarach jego funkcjonowania. W ramach realizacji usługi przewidziano również wsparcie terapeutyczne w postaci konsultacji dla rodziców/opiekunów dzieci po diagnozie.
2. **\*\*\*Część II -** realizacji 20 diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz 150 godzin dydaktycznych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) terapii dla dzieci z ASD (w tym: 15 diagnoz i 100 godzin dydaktycznych terapii w 2022 roku oraz 5 diagnoz i 50 godzin dydaktycznych terapii w 2023 roku, z opcją przenoszenia diagnoz i godzin terapii pomiędzy latami). Celem działań diagnostycznych będzie ocena stanu rozwoju i funkcjonowania dzieci zgłoszonych do przysposobienia i przysposobionych pod kątem zagrożenia występowania u nich zaburzeń ze spektrum autyzmu, a także ustalenie planu pracy terapeutycznej z dzieckiem. Działania terapeutyczne mają przyczynić się do minimalizowania trudności dzieci z ASD związanych z ich deficytami oraz redukowania ewentualnych trudnych zachowań.
3. **\*\*\*Część III** - realizacji 30 diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych oraz 150 godzin dydaktycznych (1 godzina dydaktyczna = 45 minut) terapii dla dzieci z ADHD (w tym: 22 diagnoz i 100 godzin dydaktycznych terapii w 2022 roku oraz 8 diagnoz i 50 godzin dydaktycznych terapii w 2023 roku, z opcją przenoszenia diagnoz i godzin terapii pomiędzy latami). Celem działań diagnostycznych będzie ocena funkcjonowania i trudności występujących u dzieci zgłoszonych do przysposobienia i przysposobionych pod kątem zagrożenia występowania u nich zaburzeń hiperkinetycznych. Działania terapeutyczne mają przyczynić się do ułatwienia funkcjonowania dzieciom z ADHD oraz redukowania ewentualnych trudnych zachowań.
   * + 1. Usługa będzie realizowana w terminie do 18 miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy **jednak nie później niż do 10 września 2023 roku.**
       2. Przedmiot umowy określony w ust. 1 realizowany jest w ramach projektu pod nazwą *W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych* współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
       3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość skorzystania z prawa opcji polegającego na:
4. zwiększeniu do 50% ilości diagnoz oraz
5. zwiększeniu do 50% ilości godzin dydaktycznychterapii/konsultacji\*\*\*
6. Prawo opcji jest uprawnieniem Zamawiającego. W przypadku nieskorzystania z prawa opcji przez Zamawiającego, Wykonawcy nie przysługują żadne roszczenia z tego tytułu.
7. Prawo opcji realizowane będzie na następujących zasadach:
8. Zamawiający będzie mógł skorzystać z prawa opcji w sytuacji wykorzystania **liczby diagnoz i liczby godzin dydaktycznych terapii/konsultacji\*\*\* przewidzianych do realizacji w ramach zamówienia podstawowego dla danej części zamówienia**, w okresie obowiązywania umowy;
9. prawo opcji realizowane będzie na tych samych warunkach jak zamówienie podstawowe w ramach cen jednostkowych zaproponowanych przez Wykonawcę w Ofercie, stanowiącej załącznik do umowy;
10. skorzystanie z prawa opcji wymaga zawarcia aneksu do umowy w formie pisemnej.
11. Zakres udzielanego wsparcia będzie zgodny z wymogami zawartymi w rozdziale 3 SWZ.
12. Do zadań *Wykonawcy* w szczególności będą należeć:
    1. Przeprowadzenie diagnoz oraz sporządzenie pisemnej opinii dotyczącej diagnozy;
    2. Przeprowadzenie terapii/konsultacji\*\*\*
    3. Zapewnienie gabinetu do realizacji spotkań diagnostycznych i terapeutycznych;
    4. Zapewnienie wszystkich testów, narzędzi i pomocy niezbędnych do przeprowadzenia diagnoz i terapii;
    5. Ustalanie terminów spotkań z rodzicami/opiekunami dzieci objętych wsparciem i przekazywanie Zamawiającemu ich harmonogramu z minimum 5 dniowym wyprzedzeniem;
    6. Przygotowanie, na podstawie wzorów przekazanych przez Zamawiającego, dokumentacji z realizacji działań w ramach projektu pn. „W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych”
13. *Wykonawca* oświadcza, że:
    1. dysponuje wiedzą i doświadczeniem niezbędnym do prawidłowego wykonania przedmiotu umowy,
    2. zapewni odpowiednie pomieszczenie/gabinet do realizacji przedmiotu umowy,
    3. w wykonaniu umowy dołoży najwyższej staranności,
    4. będzie realizował przedmiot umowy określony w ust. 1 zgodnie z zapisami aktualnych *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* oraz zgodnie ze wskazówkami przekazywanymi mu przez *Zamawiającego,*
    5. 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 w terminie do 10-go dnia kolejnego miesiąca.
    6. 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,
    7. *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.
    8. 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. Świadczenia usług wymienione w § 1 niniejszej umowy będzie odbywać się od poniedziałku do soboty, między godziną 08:00 a 19:00, w terminach uprzednio ustalonych z rodzicami/opiekunami dzieci objętych wsparciem.
2. *Zamawiający* będzie przekazywał na bieżąco *Wykonawcy* wykaz dzieci wyznaczonych do wsparcia wraz z potrzebnymi danymi osobowymi.
3. 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.*
4. Bezpośrednim realizatorem przedmiotu umowy ze strony *Wykonawcy* będą: ……………………. (zgodnie z Załącznikiem nr 4 do SWZ). *Zamawiający* dopuszcza możliwość zmiany osób wymienionych w zdaniu poprzednim zgodnie z zapisami § 7 ust. 2 lit. h) niniejszej umowy. *Wykonawca* ponosi pełną odpowiedzialność za działania zastępcy, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w szczególności za nienależyte wykonanie przedmiotu umowy.
5. 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. Z*amawiający* 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. 4.
6. Z zastrzeżeniem postanowień określonych w § 7 ust. 2 lit. h), *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 zajęć, 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 całkowitego przedmiotu umowy określonego w § 1 niniejszej umowy przysługuje (bez prawa opcji) wynagrodzenie ……….złotych brutto, słownie: ……………….... …/100, obliczone w następujący sposób:
3. **\*\*\*Część I - Realizacja diagnoz w kierunku FAS/FASD oraz działań terapeutycznych dla rodziców/opiekunów:** ……………… złotych brutto, słownie: …...………………...., obliczone jako suma ceny brutto za realizację jednej diagnozy: ……… zł x liczba diagnoz do realizacji: **50** oraz ceny brutto za godzinę dydaktyczną konsultacji dla rodziców/opiekunów dzieci po diagnozie ………. zł x liczba godzin dydaktycznych konsultacji: **150.**
4. **\*\*\*Część II - Realizacja diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ASD:** ……………… złotych brutto, słownie: …...………………...., obliczone jako suma ceny brutto za realizację jednej diagnozy: ……… zł x liczba diagnoz do realizacji: **20** oraz ceny brutto za godzinę dydaktyczną terapii ………. zł x liczba godzin dydaktycznych terapii: **150.**
5. **\*\*\*Część III - Realizacja diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ADHD**: ……………… złotych brutto, słownie: …...………………...., obliczone jako suma ceny brutto za realizację jednej diagnozy: ……… zł x liczba diagnoz do realizacji: **30** oraz ceny brutto za godzinę dydaktyczną terapii ………. zł x liczba godzin dydaktycznych terapii: **150**.
6. Cena brutto za realizację 1 diagnozy i 1 godziny dydaktycznej terapii/konsultacji\*\*\* zawiera obowiązkowe potrącenia i narzuty po stronie Wykonawcy i Zamawiającego\*\*. Kwota wykazana w ust. 2 stanowi ostateczną wartość i zawiera wszelkie koszty niezbędne do realizacji przedmiotu umowy określonego w § 1.
7. Dotyczy 2022 roku:

Środki finansowe zostały zabezpieczone w budżecie Województwa Śląskiego na 2022 rok, w dziale 853 – Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej, rozdziale 85395 – Pozostała działalność, ***§ 4307 i 4309 - Zakup usług pozostałych / § 4117 i 4119 – Składki na ubezpieczenia społeczne, § 4127 i 4129 – Składki na Fundusz Pracy oraz Fundusz Solidarnościowy, § 4177 i 4179 – Wynagrodzenia bezosobowe\**** w łącznej kwocie ……………. zł brutto (słownie: ……… /100),

1. Dotyczy 2023 roku:

Środki finansowe zostały zabezpieczone w Wieloletniej Prognozie Finansowej Województwa Śląskiego, w dziale 853 – Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej, rozdziale 85395 – Pozostała działalność, ***§ 4307 i 4309 - Zakup usług pozostałych / § 4117 i 4119 – Składki na ubezpieczenia społeczne, § 4127 i 4129* Składki na Fundusz Pracy oraz Fundusz Solidarnościowy*, § 4177 i 4179 – Wynagrodzenia bezosobowe\**** w łącznej kwocie … zł brutto (słownie: … /100),

1. Rozliczenie wynagrodzenia odbywać się będzie na podstawie protokołu, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. 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, iż faktura VAT/rachunek za miesiąc grudzień 2022 r. zostanie wystawiona i dostarczona do siedziby Zamawiającego do dnia 12 grudnia 2022 roku. Natomiast faktura/rachunek za wrzesień 2023 r. do dnia 12 września 2023r.
3. Wynagrodzenia będą wypłacane *Wykonawcy* w terminie do 30 dni od otrzymania przez *Zamawiającego* prawidłowo wystawionych faktur/rachunków przelewem na następujący rachunek: ……………………..…
4. 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.
5. *\*\*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 (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1896 z późn. zm.).
6. W przypadku opóźnienia w przekazaniu środków *Zamawiającemu* przez Instytucję Zarządzającą/Pośredniczącą, *Zamawiający* zastrzega sobie możliwość dokonania płatności w terminie przekraczającym termin wskazany w ust. 8 bez odsetek za zwłokę i bez prawa żądania przez *Wykonawcę* jakiegokolwiek odszkodowania. Płatność wynagrodzenia *Wykonawcy* nastąpi niezwłocznie po otrzymaniu środków.
7. \*\*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.
8. \*\*Faktura/rachunek musi być bezwzględnie wystawiony 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 wystąpienia następujących okoliczności:
2. zmian stawki podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego;
3. 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
4. zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub ubezpieczenie zdrowotne;
5. zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych.
6. 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.
7. 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 (Dz.U. poz. 2215 oraz z 2019 r. poz. 1074 i 1572) - zmiany zostaną wprowadzone w sposób analogiczny jak opisany w lit. a-c powyżej.

17. Zmiana wynagrodzenia Wykonawcy jest dopuszczalna, odpowiednio w sytuacji zwiększenia lub zmniejszenia kosztów związanych z realizacją zamówienia, na poniższych warunkach:

1. zmiana wynagrodzenia jest możliwa w oparciu (z użyciem) wskaźnika ogłaszanego w komunikacie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
2. zmiana wynagrodzenia jest możliwa w przypadku zmiany (wzrostu lub spadku) ww. wskaźnika w toku wykonywania umowy o więcej niż 25% w stosunku do wartości aktualnej na miesiąc poprzedzający miesiąc zawarcia umowy, a zmieniona wartość wskaźnika uprawniająca do obniżenia wynagrodzenia musi wynosić mniej niż 75% wartości aktualnej na miesiąc poprzedzający miesiąc zawarcia umowy);
3. Wykonawca jest zobowiązany określić i udokumentować wpływ zmiany ww. kosztów na koszt wykonania zamówienia - w szczególności poprzez wykazanie poniesienia powiększonych kosztów wynagrodzeń pracowników, przy pomocy których wykonuje zamówienie Wykonawca lub podwykonawcy;
4. zmiana wynagrodzenia dotyczy tylko niewypłaconej Wykonawcy części wynagrodzenia i obowiązuje od miesiąca następującego po miesiącu, w którym wartość ww. wskaźnika uległa zmianie o co najmniej 25% w stosunku do wartości aktualnej na miesiąc poprzedzający miesiąc zawarcia umowy - nie wcześniej jednak, niż po 12 miesiącach trwania umowy;
5. maksymalna wartość zmiany wynagrodzenia w wyniku zastosowania postanowień niniejszego ustępu nie może przekroczyć 5% całkowitego wynagrodzenia Wykonawcy;

**§ 4\*\*\***

1. Wykonawca może – w zakresie przedmiotu zamówienia – powierzyć wykonanie usług Podwykonawcom.
2. Wykonawca oświadcza, że powierzy całość realizacji przedmiotu umowy Podwykonawcy**:**………………………………………………………………………………..
3. Umowa o podwykonawstwo nie może zawierać postanowień kształtujących prawa i obowiązki podwykonawcy, w zakresie kar umownych oraz postanowień dotyczących warunków wypłaty wynagrodzenia, w sposób dla niego mniej korzystny niż prawa i obowiązki Wykonawcy, ukształtowane postanowieniami Umowy zawartej z Zamawiającym.
4. W trakcie realizacji Umowy zmiana Podwykonawców może nastąpić po uprzednim pisemnym powiadomieniu Zamawiającego. Powiadomienie to Wykonawca przedłoży na 7 (siedem) dni roboczych przed planowanym skierowaniem do wykonania usług nowego Podwykonawcy.
5. Kwalifikacje i doświadczenie Podwykonawcy muszą być odpowiednie do zakresu prac przewidzianych do podzlecenia.
6. Zlecenie wykonania usług Podwykonawcom może nastąpić po uprzednim powiadomieniu Zamawiającego. Powiadomienie to Wykonawca przedłoży na 7 (siedem) dni roboczych przed planowanym skierowaniem do wykonania usług temu Podwykonawcy.
7. Rozliczeń finansowych z podwykonawcami dokonuje Wykonawca. W przypadku powierzenia przez Wykonawcę realizacji usług podwykonawcy, Wykonawca jest zobowiązany do dokonania we własnym zakresie zapłaty wynagrodzenia należnego podwykonawcy z zachowaniem terminów płatności określonych w zawartej z nim umowie.
8. Zamawiający nie odpowiada za jakiekolwiek zobowiązania Wykonawcy wobec podwykonawców, jak również za zobowiązania podwykonawców wobec osób trzecich.
9. Wykonawca jest odpowiedzialny za działania, zaniechanie działań, uchybienia i zaniedbania Podwykonawców i ich pracowników (działania zawinione i niezawinione), w takim stopniu jakby to były działania, względnie uchybienia jego własne.
10. Powierzenie wykonania części przedmiotu Umowy Podwykonawcy nie wyłącza obowiązku spełnienia przez Wykonawcę wszystkich wymogów określonych postanowieniami Umowy, w tym dotyczących kwalifikacji osób realizujących niniejszą umowę.

**§ 5**

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 i przysposobionych.
4. Przetwarzane dane obejmują: imię, nazwisko, wiek, dane kontaktowe do rodziców/opiekunów (e-mail, 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* zezwala/nie 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.

**§ 6**

* + - 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.

**§ 7**

1. Niedopuszczalne są istotne zmiany postanowień Umowy o których mowa w art. 454 Ustawy.
2. Zamawiający dopuszcza zmianę umowy w następujących sytuacjach:
3. Zmianę terminu realizacji umowy, w przypadku zaistnienia okoliczności, których nie można było przewidzieć pomimo zachowania należytej staranności.
4. Zaistnienia omyłki pisarskiej,
5. Zmiany danych teleadresowych,
6. 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,
7. Przeniesienia diagnoz i godzin dydaktycznych konsultacji/terapii pomiędzy latami;
8. Zmiany wysokości należnego wynagrodzenia w odniesieniu do zobowiązań niezrealizowanych w przypadku:

* Ustawowej zmiany obowiązujących stawek podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego, w odniesieniu do usługi będącej przedmiotem umowy,
* Zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo minimalnej stawki godzinowej ustalonej na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę,
* Zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
* 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;

1. 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,
2. W szczególnie uzasadnionych wypadkach, za które Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności dopuszczalna jest zmiana osób realizujących 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). Ponadto, jeżeli zmiana dotyczy osoby, której doświadczenie podlegało punktacji w kryterium **„Doświadczenie osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia”** **(B oraz D)** zaproponowana osoba musi uzyskać taką samą lub wyższą liczbę punktów w tym kryterium co osoba zmieniana. Wykonawca zobligowany jest do przedłożenia Zamawiającemu *Wykazu osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia* (załącznik nr 4 do SWZ) wraz z wymaganymi dokumentami dla zastępcy,
3. Zwiększenia do 50% ilości diagnoz oraz zwiększenia do 50% ilości godzin dydaktycznych konsultacji/terapii – po zawarciu stosownego aneksu,
4. Nastąpi zmiana powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu zamówienia,
5. Konieczności wprowadzenia zmian będzie następstwem zmian wytycznych dotyczących Programu Operacyjnego lub wytycznych i zaleceń Instytucji Pośredniczącej i /lub Zarządzającej,
6. Zmiany oświadczeń Wykonawcy i sposobu płatności za realizację usługi związaną z zastosowaniem systemu podzielonej płatności (split payment),

**§ 8**

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 do 30% maksymalnego wynagrodzenia brutto określonego w § 3 ust. 2 niniejszej umowy za każde z zadań. Za nienależyte wykonanie przedmiotu umowy uważa się w szczególności naruszenie postanowień § 1 § 2 ust. 1 oraz § 5 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. z tytułu braku zapłaty lub nieterminowej zapłaty wynagrodzenia należnego podwykonawcom lub dalszym podwykonawcom w wysokości 0,2 % wynagrodzenia brutto podwykonawcy lub dalszego podwykonawcy, za każdy dzień zwłoki, nie więcej jednak niż 10% tego wynagrodzenia.
5. 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.
6. Łączna wysokość kar umownych nie może przekroczyć wartości 30 % maksymalnego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 3 ust. 2.
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. 4, 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.

**§ 9**

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: |
| .................................................. | .................................................. |

\* dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej, w przypadku wyboru Wykonawcy nie będącego osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej zapisy zostaną usunięte z umowy.

\*\* dotyczy osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej.

\*\*\* niepotrzebne skreślić



**Załącznik nr 1 do umowy**

**PROTOKÓŁ**

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

***W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych***

***Część…..***

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

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

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



załącznik nr 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 kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część I – Wybór osób do realizacji diagnoz dzieci** **w kierunku FAS/FASD oraz działań terapeutycznych dla rodziców/opiekunów**

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

\* właściwe zaznaczyć



załącznik nr 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 kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część II – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ASD**

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

\* właściwe zaznaczyć



załącznik nr 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 kompleksowych działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi w ramach projektu pod nazwą W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych**

**Część III – Wybór osób do realizacji diagnoz w kierunku zaburzeń hiperkinetycznych oraz działań terapeutycznych dla dzieci z ADHD**

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

\* właściwe zaznaczyć