Załącznik nr 1

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

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ I**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 5 do 8 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

1. **DANE WYKONAWCY\*:**

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Liczba** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto  w złotych**  **(iloczyn kol. 4 x kol. 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Realizacja spotkań diagnostycznych w ramach turnusu terapeutycznego** | **sztuka** | **7** |  |  |  |
| 2 | **Realizacja 6-dniowego zjazdu w ramach turnusu terapeutycznego** | **usługa** | **1** |  |  |  |
| 3 | **Realizacja spotkań feedbackowych w ramach turnusu terapeutycznego** | **sztuka** | **7** |  |  |  |
| **Razem (suma wierszy od 1 do 3)** | | | | | |  |

1. **KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSÓB WYZNACZONYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PODLEGAJĄCE PUNKTOWANIU W RAMACH KRYTERIUM POZACENOWEGO (DOT. TERAPEUTÓW I, II, III I IV):**
2. Terapeuta I

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty I** | | | | |
|  | | | | |
| **Ukończone studia podyplomowe z zakresu psychotraumatologii lub szkolenie/kurs z zakresu psychotraumatologii\*** | | | | |
| **Nazwa kierunku studiów podyplomowych**  **lub**  **nazwa szkolenia/kursu** | **Data ukończenia studiów podyplomowych lub szkolenia/kursu** | **Nazwa uczelni lub organizatora szkolenia/kursu** | **Liczba godzin dydaktycznych w ramach szkolenia/kursu** | |
|  |  |  |  | |
| **Posiadanie aktualnego certyfikatu psychoterapeuty uprawniającego do samodzielnego prowadzenia psychoterapii\*** | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | **Data uzyskania certyfikatu** | **Data ważności certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł/uzyskane uprawnienia** |
|  |  |  | |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. ukończonych studiów podyplomowych/szkolenia/kursu z zakresu psychotramatologii i/lub posiadanego certyfikatu psychoterapeuty. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog studiów podyplomowych/szkoleń/kursów/certyfikatów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta I otrzyma 0 punktów. W przypadku nieposiadania przez Terapeutę I kwalifikacji w w/w zakresie należy wypełnić kolumnę „Imię i nazwisko Terapeuty I”.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę I, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów I. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia, w tym uczestniczyć w zjeździe odbywającym się w ramach turnusu terapeutycznego.

1. Terapeuta II

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty II** | | | | |
|  | | | | |
| **Ukończone studia podyplomowe z zakresu psychotraumatologii lub szkolenie/kurs z zakresu psychotraumatologii\*** | | | | |
| **Nazwa kierunku studiów podyplomowych**  **lub**  **nazwa szkolenia/kursu** | **Data ukończenia studiów podyplomowych lub szkolenia/kursu** | **Nazwa uczelni lub organizatora szkolenia/kursu** | **Liczba godzin dydaktycznych w ramach szkolenia/kursu** | |
|  |  |  |  | |
| **Posiadanie aktualnego certyfikatu psychoterapeuty uprawniającego do samodzielnego prowadzenia psychoterapii\*** | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | **Data uzyskania certyfikatu** | **Data ważności certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł/uzyskane uprawnienia** |
|  |  |  | |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. ukończonych studiów podyplomowych/szkolenia/kursu z zakresu psychotramatologii i/lub posiadanego certyfikatu psychoterapeuty. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog studiów podyplomowych/szkoleń/kursów/certyfikatów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta II otrzyma 0 punktów. W przypadku nieposiadania przez Terapeutę II kwalifikacji w w/w zakresie należy wypełnić kolumnę „Imię i nazwisko Terapeuty II”.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę II, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów II. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia, w tym uczestniczyć w zjeździe odbywającym się w ramach turnusu terapeutycznego.

1. Terapeuta III

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty III** | | | | |
|  | | | | |
| **Ukończone studia podyplomowe z zakresu psychotraumatologii lub szkolenie/kurs z zakresu psychotraumatologii\*** | | | | |
| **Nazwa kierunku studiów podyplomowych**  **lub**  **nazwa szkolenia/kursu** | **Data ukończenia studiów podyplomowych lub szkolenia/kursu** | **Nazwa uczelni lub organizatora szkolenia/kursu** | **Liczba godzin dydaktycznych w ramach szkolenia/kursu** | |
|  |  |  |  | |
| **Posiadanie aktualnego certyfikatu psychoterapeuty uprawniającego do samodzielnego prowadzenia psychoterapii\*** | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | **Data uzyskania certyfikatu** | **Data ważności certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł/uzyskane uprawnienia** |
|  |  |  | |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. ukończonych studiów podyplomowych/szkolenia/kursu z zakresu psychotramatologii i/lub posiadanego certyfikatu psychoterapeuty. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog studiów podyplomowych/szkoleń/kursów/certyfikatów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta III otrzyma 0 punktów. W przypadku nieposiadania przez Terapeutę III kwalifikacji w w/w zakresie należy wypełnić kolumnę „Imię i nazwisko Terapeuty III”.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę III, wiersze tabeli należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów III. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia, w tym uczestniczyć w zjeździe odbywającym się w ramach turnusu terapeutycznego.

1. Terapeuta IV

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty IV** | | | | |
|  | | | | |
| **Ukończone studia podyplomowe z zakresu psychotraumatologii lub szkolenie/kurs z zakresu psychotraumatologii\*** | | | | |
| **Nazwa kierunku studiów podyplomowych**  **lub**  **nazwa szkolenia/kursu** | **Data ukończenia studiów podyplomowych lub szkolenia/kursu** | **Nazwa uczelni lub organizatora szkolenia/kursu** | **Liczba godzin dydaktycznych w ramach szkolenia/kursu** | |
|  |  |  |  | |
| **Posiadanie aktualnego certyfikatu psychoterapeuty uprawniającego do samodzielnego prowadzenia psychoterapii\*** | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | **Data uzyskania certyfikatu** | **Data ważności certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł/uzyskane uprawnienia** |
|  |  |  | |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. ukończonych studiów podyplomowych/szkolenia/kursu z zakresu psychotramatologii i/lub posiadanego certyfikatu psychoterapeuty. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog studiów podyplomowych/szkoleń/kursów/certyfikatów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta IV otrzyma 0 punktów. W przypadku nieposiadania przez Terapeutę IV kwalifikacji w w/w zakresie należy wypełnić kolumnę „Imię i nazwisko Terapeuty IV”.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę IV, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów IV. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia, w tym uczestniczyć w zjeździe odbywającym się w ramach turnusu terapeutycznego.

1. **JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:**
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
3. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,
4. uważam się za związanego niniejszą ofertą do dnia 23.11.2023r.
5. akceptuję warunki płatności – przelewem w terminie do 30 dni od dnia poprawnie złożonej faktury,
6. akceptuję warunki określone we wzorze umowy stanowiącym załącznik Nr 5 do SWZ i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
7. 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** |
|  |  |  |

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 lb usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do jego powstania:

|  |
| --- |
|  |

*nazwa towaru i usługi*

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

☐ Mikroprzedsiębiorstwem

☐ Małym przedsiębiorstwem

☐ Średnim przedsiębiorstwem

☐ Jednoosobową działalnością gospodarczą

☐ Osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczej

☐ Inny rodzaj.

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36).*

*Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami**i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

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

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

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

Załącznik nr 1

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

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ II**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 9 do 13 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

1. **DANE WYKONAWCY\*:**

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Liczba** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto  w złotych**  **(iloczyn kol. 4 x kol. 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Realizacja spotkań diagnostycznych w ramach turnusu terapeutycznego** | **sztuka** | **7** |  |  |  |
| 2 | **Realizacja 6-dniowego zjazdu w ramach turnusu terapeutycznego** | **usługa** | **1** |  |  |  |
| 3 | **Realizacja spotkań feedbackowych w ramach turnusu terapeutycznego** | **sztuka** | **7** |  |  |  |
| **Razem (suma wierszy od 1 do 3)** | | | | | |  |

1. **KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSÓB WYZNACZONYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PODLEGAJĄCE PUNKTOWANIU W RAMACH KRYTERIUM POZACENOWEGO (DOT. TERAPEUTÓW I, II, III I IV):**
2. Terapeuta I

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty I** | | | | |
|  | | | | |
| **Ukończone studia podyplomowe z zakresu psychotraumatologii lub szkolenie/kurs z zakresu psychotraumatologii\*** | | | | |
| **Nazwa kierunku studiów podyplomowych**  **lub**  **nazwa szkolenia/kursu** | **Data ukończenia studiów podyplomowych lub szkolenia/kursu** | **Nazwa uczelni lub organizatora szkolenia/kursu** | **Liczba godzin dydaktycznych w ramach szkolenia/kursu** | |
|  |  |  |  | |
| **Posiadanie aktualnego certyfikatu psychoterapeuty uprawniającego do samodzielnego prowadzenia psychoterapii\*** | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | **Data uzyskania certyfikatu** | **Data ważności certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł/uzyskane uprawnienia** |
|  |  |  | |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. ukończonych studiów podyplomowych/szkolenia/kursu z zakresu psychotramatologii i/lub posiadanego certyfikatu psychoterapeuty. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog studiów podyplomowych/szkoleń/kursów/certyfikatów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta I otrzyma 0 punktów. W przypadku nieposiadania przez Terapeutę I kwalifikacji w w/w zakresie należy wypełnić kolumnę „Imię i nazwisko Terapeuty I”.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę I, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów I. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia, w tym uczestniczyć w zjeździe odbywającym się w ramach turnusu terapeutycznego.

1. Terapeuta II

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty II** | | | | |
|  | | | | |
| **Ukończone studia podyplomowe z zakresu psychotraumatologii lub szkolenie/kurs z zakresu psychotraumatologii\*** | | | | |
| **Nazwa kierunku studiów podyplomowych**  **lub**  **nazwa szkolenia/kursu** | **Data ukończenia studiów podyplomowych lub szkolenia/kursu** | **Nazwa uczelni lub organizatora szkolenia/kursu** | **Liczba godzin dydaktycznych w ramach szkolenia/kursu** | |
|  |  |  |  | |
| **Posiadanie aktualnego certyfikatu psychoterapeuty uprawniającego do samodzielnego prowadzenia psychoterapii\*** | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | **Data uzyskania certyfikatu** | **Data ważności certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł/uzyskane uprawnienia** |
|  |  |  | |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. ukończonych studiów podyplomowych/szkolenia/kursu z zakresu psychotramatologii i/lub posiadanego certyfikatu psychoterapeuty. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog studiów podyplomowych/szkoleń/kursów/certyfikatów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta II otrzyma 0 punktów. W przypadku nieposiadania przez Terapeutę II kwalifikacji w w/w zakresie należy wypełnić kolumnę „Imię i nazwisko Terapeuty II”.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę II, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów II. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia, w tym uczestniczyć w zjeździe odbywającym się w ramach turnusu terapeutycznego.

1. Terapeuta III

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty III** | | | | |
|  | | | | |
| **Ukończone studia podyplomowe z zakresu psychotraumatologii lub szkolenie/kurs z zakresu psychotraumatologii\*** | | | | |
| **Nazwa kierunku studiów podyplomowych**  **lub**  **nazwa szkolenia/kursu** | **Data ukończenia studiów podyplomowych lub szkolenia/kursu** | **Nazwa uczelni lub organizatora szkolenia/kursu** | **Liczba godzin dydaktycznych w ramach szkolenia/kursu** | |
|  |  |  |  | |
| **Posiadanie aktualnego certyfikatu psychoterapeuty uprawniającego do samodzielnego prowadzenia psychoterapii\*** | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | **Data uzyskania certyfikatu** | **Data ważności certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł/uzyskane uprawnienia** |
|  |  |  | |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. ukończonych studiów podyplomowych/szkolenia/kursu z zakresu psychotramatologii i/lub posiadanego certyfikatu psychoterapeuty. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog studiów podyplomowych/szkoleń/kursów/certyfikatów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta III otrzyma 0 punktów. W przypadku nieposiadania przez Terapeutę III kwalifikacji w w/w zakresie należy wypełnić kolumnę „Imię i nazwisko Terapeuty III”.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zmawiającego Terapeutę III, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów III. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia, w tym uczestniczyć w zjeździe odbywającym się w ramach turnusu terapeutycznego.

1. Terapeuta IV

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty IV** | | | | |
|  | | | | |
| **Ukończone studia podyplomowe z zakresu psychotraumatologii lub szkolenie/kurs z zakresu psychotraumatologii\*** | | | | |
| **Nazwa kierunku studiów podyplomowych**  **lub**  **nazwa szkolenia/kursu** | **Data ukończenia studiów podyplomowych lub szkolenia/kursu** | **Nazwa uczelni lub organizatora szkolenia/kursu** | **Liczba godzin dydaktycznych w ramach szkolenia/kursu** | |
|  |  |  |  | |
| **Posiadanie aktualnego certyfikatu psychoterapeuty uprawniającego do samodzielnego prowadzenia psychoterapii\*** | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | **Data uzyskania certyfikatu** | **Data ważności certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł/uzyskane uprawnienia** |
|  |  |  | |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. ukończonych studiów podyplomowych/szkolenia/kursu z zakresu psychotramatologii i/lub posiadanego certyfikatu psychoterapeuty. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog studiów podyplomowych/szkoleń/kursów/certyfikatów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta IV otrzyma 0 punktów. W przypadku nieposiadania przez Terapeutę IV kwalifikacji w w/w zakresie należy wypełnić kolumnę „Imię i nazwisko Terapeuty IV”.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę IV, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów IV. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia, w tym uczestniczyć w zjeździe odbywającym się w ramach turnusu terapeutycznego.

1. **JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:**
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
3. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,
4. uważam się za związanego niniejszą ofertą do dnia 23.11.2023r.
5. akceptuję warunki płatności – przelewem w terminie do 30 dni od dnia poprawnie złożonej faktury,
6. akceptuję warunki określone we wzorze umowy stanowiącym załącznik Nr 5 do SWZ i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
7. 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** |
|  |  |  |

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 lb usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do jego powstania:

|  |
| --- |
|  |

*nazwa towaru i usługi*

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

☐ Mikroprzedsiębiorstwem

☐ Małym przedsiębiorstwem

☐ Średnim przedsiębiorstwem

☐ Jednoosobową działalnością gospodarczą

☐ Osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczej

☐ Inny rodzaj.

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36).*

*Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami**i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

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

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

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

Załącznik nr 1

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

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**Część III**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla nastolatków w kryzysie rozwojowym oraz ich rodzin adopcyjnych**

1. **DANE WYKONAWCY\*:**

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Liczba** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto  w złotych**  **(iloczyn kol. 4 x kol. 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Realizacja spotkań diagnostycznych w ramach turnusu terapeutycznego** | **sztuka** | **7** |  |  |  |
| 2 | **Realizacja 2-dniowych spotkań wyjazdowych** | **usługa** | **3** |  |  |  |
| 3 | **Realizacja spotkań feedbackowych w ramach turnusu terapeutycznego** | **sztuka** | **7** |  |  |  |
| **Razem (suma wierszy od 1 do 3)** | | | | | |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty I** | | | |
|  | | | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu wzmacniania umiejętności wychowawczych dla rodziców**  *Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie w realizacji więcej niż 3 i nie więcej niż 8 szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów.* | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu** | **Zleceniodawca usługi** | **Data realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | **Grupa docelowa** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. przeprowadzonych szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z wymaganego zakresu. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta I nie otrzyma punktów za dane szkolenie/warsztat/turnus/kurs.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę I, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów I. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia.

1. Terapeuta II

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty II** | | | |
|  | | | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu rozwijania kompetencji emocjonalnych i/lub społecznych dla młodzieży i/lub dzieci**  *Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie w realizacji więcej niż 3 i nie więcej niż 8 szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów.* | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu** | **Zleceniodawca usługi** | **Data realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | **Grupa docelowa** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. przeprowadzonych szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z wymaganego zakresu. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta II nie otrzyma punktów za dane szkolenie/warsztat/turnus/kurs.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę II, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów II. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia.

1. Terapeuta III

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Terapeuty III** | | | |
|  | | | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu rozwijania kompetencji emocjonalnych i/lub społecznych dla młodzieży i/lub dzieci**  *Do oceny przyjęte zostanie wyłącznie doświadczenie w realizacji więcej niż 3 i nie więcej niż 8 szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów.* | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu** | **Zleceniodawca usługi** | **Data realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | **Grupa docelowa** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*Uzupełnić jeśli dotyczy**

**UWAGA:** Należy uzupełnić wszystkie wymagane informacje dot. przeprowadzonych szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z wymaganego zakresu. Niewypełnienie wszystkich wymaganych kolumn uniemożliwiające dokonanie przez Zamawiającego oceny czy wykazane kwalifikacje wpisują w katalog szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów uprawniających do uzyskania punktów w kryterium „Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” spowoduje, że Terapeuta III nie otrzyma punktów za dane szkolenie/warsztat/turnus/kurs.

W przypadku wskazania do realizacji zamówienia więcej niż 1 wymaganego przez Zamawiającego Terapeutę III, tabelę należy zmultiplikować i wykazać **wszystkich** przewidzianych do realizacji zamówienia Terapeutów III. Wykazani Terapeuci muszą być bezpośrednio zaangażowani w realizację zamówienia.

1. **JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE:**
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i cena nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy,
3. zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz stanowiącymi jej integralną część załącznikami i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,
4. uważam się za związanego niniejszą ofertą do dnia 23.11.2023 r.
5. akceptuję warunki płatności – przelewem w terminie do 30 dni od dnia poprawnie złożonej faktury,
6. akceptuję warunki określone we wzorze umowy stanowiącym załącznik Nr 5 do SWZ i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
7. 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** |
|  |  |  |

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 lb usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do jego powstania:

|  |
| --- |
|  |

*nazwa towaru i usługi*

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

☐ Mikroprzedsiębiorstwem

☐ Małym przedsiębiorstwem

☐ Średnim przedsiębiorstwem

☐ Jednoosobową działalnością gospodarczą

☐ Osobą fizyczną nieprowadzącą działalność gospodarczej

☐ Inny rodzaj.

*Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36).*

*Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami**i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

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

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

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

załącznik nr 2

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

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

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ I**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 5 do 8 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

**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:

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ II**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 9 do 13 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

**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:

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ III**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla nastolatków w kryzysie rozwojowym oraz ich rodzin adopcyjnych**

**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**

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

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

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

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

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ I**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 5 do 8 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 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)

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

**☐** Tak **☐** Nie (proszę o zakreślenie 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**

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

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

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

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

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ II**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 9 do 13 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 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)

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

**☐** Tak **☐** Nie (proszę o zakreślenie 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**

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania**

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

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

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

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ III**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla nastolatków w kryzysie rozwojowym oraz ich rodzin adopcyjnych**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 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)

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

**☐** Tak **☐** Nie (proszę o zakreślenie 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 4

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ I**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 5 do 8 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

**TERAPEUTA 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** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu traumy u dzieci i/lub zaburzeń posttraumatycznych i/lub przemocy wobec dzieci i/lub zaburzeń emocjonalnych/zachowania występujących u dzieci;**  (należy podać: nazwę szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu, zleceniodawcę usługi, termin realizacji) | | | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/ turnusu/kursu** | | **Zleceniodawca usługi** | | **Termin realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA 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** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu traumy u dzieci i/lub zaburzeń posttraumatycznych i/lub przemocy wobec dzieci i/lub zaburzeń emocjonalnych/zachowania występujących u dzieci;**  (należy podać: nazwę szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu, zleceniodawcę usługi, termin realizacji) | | | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/ turnusu/kursu** | | **Zleceniodawca usługi** | | **Termin realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA 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, oraz uzyskany tytuł) | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | **Kierunek studiów** | | **Uzyskany tytuł** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu traumy u dzieci i/lub zaburzeń posttraumatycznych i/lub przemocy wobec dzieci i/lub zaburzeń emocjonalnych/zachowania występujących u dzieci;**  (należy podać: nazwę szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu, zleceniodawcę usługi, termin realizacji) | | | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/ turnusu/kursu** | | **Zleceniodawca usługi** | | **Termin realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA 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** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w prowadzeniu spotkań grup wsparcia dla rodziców**  (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę przeprowadzonych spotkań grup wsparcia dla rodziców) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba przeprowadzonych spotkań grup wsparcia dla rodziców** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA V**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii pedagogicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii pedagogicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii pedagogicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA VI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 oraz – jeśli dotyczy- informacje o kwalifikacjach pedagogicznych) | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | **Kierunek studiów** | | | **Uzyskany tytuł** | | **Kwalifikacje pedagogiczne (nazwa podmiotu udzielającego uprawnienia oraz data uzyskania uprawnień) – jeśli dotyczy** |
|  |  | |  | | |  | |  |
| **Ukończony kursu/szkolenie z zakresu Treningu Umiejętności Społecznych lub ukończone studia podyplomowe na kierunku trener umiejętności społecznych lub ukończone studia podyplomowe/kurs kwalifikacyjny/studium z zakresu arteterapii i/lub socjoterapii lub posiadanie certyfikatu socjoterapeuty**  (należy podać: nazwę ukończonego kursu/szkolenia/studium lub nazwę ukończonego kierunku studiów podyplomowych, nazwę organizatora kursu/szkolenia/studium lub nazwę uczelni lub nazwę podmiotu wydającego certyfikat, datę ukończenia kursu/szkolenia/studium lub datę ukończenia studiów lub datę uzyskania certyfikatu, uzyskany tytuł) | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego kursu/szkolenia/ studium / nazwa ukończonego kierunku studiów podyplomowych** | | **Nazwa organizatora kursu/szkolenia/studium / nazwa uczelni / nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | | | **Data ukończenia kursu/szkolenia/ studium / data ukończenia studiów /** **data uzyskania certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł** | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji zajęć dla dzieci prowadzonych z wykorzystaniem metody arteterapii lub socjoterapii lub Treningu Umiejętności Społecznych;** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metody arteterapii lub socjoterapii lub Treningu Umiejętności Społecznych) | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metody arteterapii lub socjoterapii lub Treningu Umiejętności Społecznych** |
|  | | | |  | | | |  |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA VII**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  | |  | |  |
| **Posiadanie uprawnień instruktora/trenera pływania**  (należy podać: nazwę podmiotu wydającego uprawnienia oraz datę uzyskania uprawnień) | | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego uprawnienia** | | | **Data uzyskania uprawnień** | | |
|  | | |  | | |
| **Doświadczenie w realizacji zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metod terapii w wodzie** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę przeprowadzonych godzin dydaktycznych zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metody terapii w wodzie) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metody terapii w wodzie** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**OPIEKUN DLA DZIECI / ANIMATOR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 oraz – jeśli dotyczy- informacje o kwalifikacjach pedagogicznych) | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | **Kierunek studiów** | **Uzyskany tytuł** | | **Kwalifikacje pedagogiczne (nazwa podmiotu udzielającego uprawnienia oraz data uzyskania uprawnień) – jeśli dotyczy** |
|  |  | |  |  | |  |
| **Doświadczenie w pracy w sprawowaniu opieki nad dziećmi i/lub prowadzeniu zajęć dla dzieci w żłobkach, przedszkolach, szkołach, klubach dziecięcych, klubach sportowych, świetlicach socjoterapeutycznych lub placówkach instytucjonalnych pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę lat pracy) | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | | **Liczba lat pracy** | |
|  | |  | | |  | |

UWAGA!

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

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

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

Załącznik 4

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ II**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 9 do 13 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

**TERAPEUTA 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** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu traumy u dzieci i/lub zaburzeń posttraumatycznych i/lub przemocy wobec dzieci i/lub zaburzeń emocjonalnych/zachowania występujących u dzieci;**  (należy podać: nazwę szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu, zleceniodawcę usługi, termin realizacji) | | | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/ turnusu/kursu** | | **Zleceniodawca usługi** | | **Termin realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA 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** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu traumy u dzieci i/lub zaburzeń posttraumatycznych i/lub przemocy wobec dzieci i/lub zaburzeń emocjonalnych/zachowania występujących u dzieci;**  (należy podać: nazwę szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu, zleceniodawcę usługi, termin realizacji) | | | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/ turnusu/kursu** | | **Zleceniodawca usługi** | | **Termin realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA 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, oraz uzyskany tytuł) | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | **Kierunek studiów** | | **Uzyskany tytuł** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu traumy u dzieci i/lub zaburzeń posttraumatycznych i/lub przemocy wobec dzieci i/lub zaburzeń emocjonalnych/zachowania występujących u dzieci;**  (należy podać: nazwę szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu, zleceniodawcę usługi, termin realizacji) | | | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/ turnusu/kursu** | | **Zleceniodawca usługi** | | **Termin realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA 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** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii psychologicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w prowadzeniu grup wsparcia dla rodziców**  (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę przeprowadzonych spotkań grup wsparcia dla rodziców) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba przeprowadzonych spotkań grup wsparcia dla rodziców** | |
|  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA V**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji terapii pedagogicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii pedagogicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych terapii pedagogicznej i/lub zajęć terapeutycznych dla dzieci po doświadczeniu traumy** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA VI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 oraz – jeśli dotyczy- informacje o kwalifikacjach pedagogicznych) | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | **Kierunek studiów** | | | **Uzyskany tytuł** | | **Kwalifikacje pedagogiczne (nazwa podmiotu udzielającego uprawnienia oraz data uzyskania uprawnień) – jeśli dotyczy** |
|  |  | |  | | |  | |  |
| **Ukończony kursu/szkolenie z zakresu Treningu Umiejętności Społecznych lub ukończone studia podyplomowe na kierunku trener umiejętności społecznych lub ukończone studia podyplomowe/kurs kwalifikacyjny/studium z zakresu arteterapii i/lub socjoterapii lub posiadanie certyfikatu socjoterapeuty**  (należy podać: nazwę ukończonego kursu/szkolenia/studium lub nazwę ukończonego kierunku studiów podyplomowych, nazwę organizatora kursu/szkolenia/studium lub nazwę uczelni lub nazwę podmiotu wydającego certyfikat, datę ukończenia kursu/szkolenia/studium lub datę ukończenia studiów lub data uzyskania certyfikatu, uzyskany tytuł) | | | | | | | | |
| **Nazwa ukończonego kursu/szkolenia/ studium / nazwa ukończonego kierunku studiów podyplomowych** | | **Nazwa organizatora kursu/szkolenia/studium / nazwa uczelni / nazwa podmiotu wydającego certyfikat** | | | **Data ukończenia kursu/szkolenia/ studium / data ukończenia studiów /** **data uzyskania certyfikatu** | | **Uzyskany tytuł** | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji zajęć dla dzieci prowadzonych z wykorzystaniem metody arteterapii lub socjoterapii lub Treningu Umiejętności Społecznych;** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metody arteterapii lub socjoterapii lub Treningu Umiejętności Społecznych) | | | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | | | **Liczba zrealizowanych** **godzin dydaktycznych zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metody arteterapii lub socjoterapii lub Treningu Umiejętności Społecznych** |
|  | | | |  | | | |  |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA VII**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  | |  | |  |
| **Posiadanie uprawnień instruktora/trenera pływania**  (należy podać: nazwę podmiotu wydającego uprawnienia oraz datę uzyskania uprawnień) | | | | | |
| **Nazwa podmiotu wydającego uprawnienia** | | | **Data uzyskania uprawnień** | | |
|  | | |  | | |
| **Doświadczenie w realizacji zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metod terapii w wodzie** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę przeprowadzonych godzin dydaktycznych zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metody terapii w wodzie) | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych zajęć dla dzieci z wykorzystaniem metody terapii w wodzie** | |
|  | |  | |  | |

UWAGA!

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

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

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

Załącznik 4

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**Część III**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla nastolatków w kryzysie rozwojowym oraz ich rodzin adopcyjnych**

**TERAPEUTA 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** | |
|  |  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodziców** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodziców) | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodziców** | | |
|  | |  | |  | | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu wzmacniania umiejętności wychowawczych dla rodziców**  (należy podać nazwę szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu, zleceniodawcę usługi, termin realizacji, grupę docelową) | | | | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/turnusu/ kursu** | | **Zleceniodawca usługi** | | **Data realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | | **Grupa docelowa** |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | | |
|  | |  | |  | | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA 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** | |
|  |  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla młodzieży i/lub dzieci** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla młodzieży i/lub dzieci) | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla młodzieży i/lub dzieci** | | |
|  | |  | |  | | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu rozwijania kompetencji emocjonalnych i/lub społecznych dla młodzieży i/lub dzieci**  (należy podać nazwę szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu, zleceniodawcę usługi, termin realizacji, grupę docelową) | | | | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/turnusu/ kursu** | | **Zleceniodawca usługi** | | **Data realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | | **Grupa docelowa** |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej**  (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej) | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego dla rodzin adopcyjnych i/lub zastępczych i/lub dzieci przebywających w pieczy zastępczej** | | |
|  | |  | |  | | |

UWAGA!

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

**TERAPEUTA 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, oraz uzyskany tytuł) | | | | | | |
| **Nazwa ukończonej uczelni** | **Data ukończenia studiów** | | **Kierunek studiów** | | **Uzyskany tytuł** | |
|  |  | |  | |  | |
| **Doświadczenie w realizacji wsparcia psychologicznego/pedagogicznego (w zależności od posiadanych kwalifikacji) dla młodzieży i/lub dzieci** (należy podać: nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, zajmowane stanowisko/zakres wykonywanych obowiązków, liczbę zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego/pedagogicznego (w zależności od posiadanych kwalifikacji) dla młodzieży i/lub dzieci) | | | | | | |
| **Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** | | **Zajmowane stanowisko/ zakres wykonywanych obowiązków** | | **Liczba zrealizowanych godzin dydaktycznych wsparcia psychologicznego/pedagogicznego (w zależności od posiadanych kwalifikacji) dla młodzieży i/lub dzieci** | | |
|  | |  | |  | | |
| **Doświadczenie w realizacji w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert szkoleń/warsztatów/turnusów/kursów z zakresu rozwijania kompetencji emocjonalnych i/lub społecznych dla młodzieży i/lub dzieci**  (należy podać nazwę szkolenia/warsztatu/turnusu/kursu, zleceniodawcę usługi, termin realizacji, grupę docelową) | | | | | | |
| **Nazwa szkolenia/warsztatu/turnusu/ kursu** | | **Zleceniodawca usługi** | | **Data realizacji**  **(dzień-miesiąc-rok)** | | **Grupa docelowa** |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |

UWAGA!

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

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

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

Załącznik 5

**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 pn.: „Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych”, 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 – Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 5 do 8 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**. Przedmiotowa usługa zostanie zrealizowana w terminie do 3 miesięcy licząc od dnia podpisania umowy, przy czym zjazd odbędzie się **w dniach 20 do 25 listopada 2023 roku**, a spotkanie diagnostyczne dla każdej z rodzin biorących udział w turnusie odbędzie się minimum 3 dni przed rozpoczęciem zjazdu
2. **\*\*\*Część II – Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 9 do 13 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**. Przedmiotowa usługa zostanie zrealizowana w terminie do 6 miesięcy licząc od dnia podpisania umowy, przy czym zjazd odbędzie się **w dniach 6 do 11 lutego 2024 roku**, a spotkanie diagnostyczne dla każdej z rodzin biorących udział w turnusie odbędzie się minimum 3 dni przed rozpoczęciem zjazdu.
3. \*\*\*Część III - **Realizacja turnusu terapeutycznego dla nastolatków w kryzysie rozwojowym oraz ich rodzin adopcyjnych.** Przedmiotowa usługa zostanie zrealizowana w terminie do 4 miesięcy licząc od dnia podpisania umowy, przy czym spotkania wyjazdowe odbędą się w dniach: **2-3 grudnia 2023 roku (1 spotkanie wyjazdowe), 9-10 grudnia 2023 roku (2 spotkanie wyjazdowe), 13-14 stycznia 2024 roku** (3 spotkanie wyjazdowe) a spotkanie diagnostyczne dla każdej z rodzin biorących udział w turnusie odbędzie się minimum 3 dni przed rozpoczęciem spotkań wyjazdowych.
   * + 1. Realizacja usługi, o której mowa w ust. 1 będzie obejmowała w szczególności:
   1. **\*\*\*Dotyczy części I i II zamówienia:**
      1. Przeprowadzenie indywidualnej konsultacji diagnostycznej dziecka trwającej około 45 minut – ustalenie potrzeb dziecka i oczekiwań rodziców. Będzie ona stanowiło podstawę do opracowania diagnozy dziecka oraz planu pracy w ramach turnusu. Konsultacje zostaną przeprowadzone w ramach spotkania diagnostycznego.
      2. Zapewnienie specjalistycznego wsparcia oraz opieki dla dzieci przysposobionych przez cały czas trwania zjazdu składającego się na turnus terapeutyczny (minimum 8 godzin dydaktycznych dziennie).
      3. Zapewnienie specjalistycznego wsparcia dla rodziców adopcyjnych przez cały czas trwania zjazdu składającego się na turnusu (minimum 8 godzin dydaktycznych dziennie).
      4. Przeprowadzenie indywidualnych spotkań feebdbackowych trwających około 45 minut dla każdej z rodzin biorących udział w kursie – omówienie trudności i postępów we wdrażaniu zaleceń dot. pracy z dzieckiem oraz udzielenie dodatkowych wskazówek.
      5. Zapewnienie na terenie miasta Katowice lub innego miasta województwa śląskiego zlokalizowanego w odległości nie większej niż 25 km od siedziby Zamawiającego (Katowice, ul. Graniczna 29) sali/gabinetu, w której przeprowadzone zostaną spotkania diagnostyczne i feedbackowe.
      6. Zapewnienie specjalistycznego sprzętu niezbędnego do terapii oraz wszystkich pomocy dydaktycznych i rekwizytów, a także materiałów szkoleniowych dla uczestników turnusu.
      7. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) uczestników turnusu.
   2. **\*\*\*Dotyczy części III zamówienia:**
      1. Przeprowadzenie spotkań diagnostycznych obejmujących indywidualną, trwającą około 45 minut, konsultację diagnostyczną dla każdej z rodzin biorących udział w turnusie.
      2. Przeprowadzenie trzech 2-dnowych spotkań wyjazdowych, w ramach których Wykonawca zapewni realizację warsztatów trwających minimum 8 godzin dydaktycznych dziennie oraz możliwość skorzystania przez rodziny biorące udział w turnusie z indywidualnych konsultacji, które będą realizowane zgodnie ze zgłaszanymi potrzebami w maksymalnym wymiarze 2 godzin dydaktycznych dziennie.
      3. Przeprowadzenie indywidualnych spotkań feedbackowych trwających około 45 minut dla każdej z rodzin biorących udział w kursie – omówienie trudności i postępów we wdrażaniu zaleceń dot. pracy z dzieckiem oraz udzielenie dodatkowych wskazówek.
      4. Zapewnienie na terenie miasta Katowice lub innego miasta województwa śląskiego zlokalizowanego w odległości nie większej niż 25 km od siedziby Zamawiającego (Katowice, ul. Graniczna 29) sali/gabinetu, w której przeprowadzone zostaną spotkania diagnostyczne i feedbackowe.
      5. Zapewnienie specjalistycznego sprzętu niezbędnego do terapii oraz wszystkich pomocy dydaktycznych i rekwizytów, a także materiałów szkoleniowych dla uczestników turnusu.
      6. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) uczestników turnusu.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarto w rozdziale 3 Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia (SWZ).

Przedmiot umowy określony w ust. 1 i 2 realizowany jest w ramach projektu pod nazwą *Skoordynowane wsparcie pre i post adopcyjne* dofinansowanego przez Unię Europejską.

*Wykonawca* oświadcza, że:

* 1. w wykonaniu umowy dołoży najwyższej staranności,
  2. będzie realizował przedmiot umowy określony w ust. 1 i 2 zgodnie z zapisami aktualnych *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2021-2027* oraz zgodnie z programem zajęć/form wsparcia i ze wskazówkami przekazywanymi mu przez *Zamawiającego,*
  3. zapewni specjalistyczny sprzęt niezbędny do terapii oraz wszystkie pomoce dydaktyczne i rekwizyty, a także materiały szkoleniowe dla uczestników turnusu,
  4. będzie stosował równościowy język i niedyskryminujący przekaz,
  5. umieści na materiałach dydaktycznych informację o dofinansowaniu ze środków Unii Europejskiej w sposób zgodny z *Podręcznik wnioskodawcy i beneficjenta Funduszy Europejskich na lata 2021-2027 w zakresie informacji i promocji* oraz prześle je *Zamawiającemu* do akceptacji najpóźniej na 3 dni robocze przez rozpoczęciem turnusu,
  6. przeniesie na *Zamawiającego* autorskie prawa majątkowe do materiałów dydaktycznych,
  7. wystawi zaświadczenia/certyfikaty uczestnictwa w turnusie i rozda je uczestnikom na spotkaniu feedbackowym.
  8. *rozda i zbierze wśród uczestników turnusu (osób dorosłych) podpisy na listach obecności każdego dnia jego trwania,*
  9. rozda i zbierze wśród uczestników turnusu (osób dorosłych) ankiety ewaluacyjne przekazane przez *Zamawiającego,*
  10. 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.
  11. zapewni sale/gabinety do realizacji spotkań diagnostycznych i feedbackowych,
  12. przyjmuje do wiadomości i godzi się na to, iż złożona przez niego cena ofertowa zawiera wszystkie wydatki leżące po jego stronie;
  13. 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,
  14. *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.
  15. jeżeli *Wykonawca* jest podmiotem publicznym w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz w rozumieniu art. 2. ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych - stosuje przepisy ww. ustaw w przewidzianym dlań zakresie.

**§ 2**

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

**§ 3**

1. Strony ustalają ceny świadczonych usług zgodnie ze złożoną ofertą, będącą załącznikiem do umowy.
2. *Wykonawcy* za wykonanie przedmiotu umowy określonego w § 1 ust.  1 przysługuje wynagrodzenie w maksymalnej wysokości ………………… zł brutto, słownie: ..……………………… …/100, obliczone jako suma:
3. **\*\*\*Dotyczy części I zamówienia:**

* ceny brutto za realizację 1 indywidualnego spotkania diagnostycznego: ……… zł x maksymalna liczba spotkań : **7,**
* ceny brutto za realizację 6-dniowego zjazdu: ………. zł**,**
* ceny brutto za realizację 1 indywidualnego spotkania feedbackowego : ………. zł x maksymalna liczba spotkań: **7.**

1. **\*\*\* Dotyczy części II zamówienia:**

* ceny brutto za realizację 1 indywidualnego spotkania diagnostycznego: ……… zł x maksymalna liczba spotkań : **7,**
* ceny brutto za realizację 6-dniowego zjazdu: ………. zł**,**
* ceny brutto za realizację 1 indywidualnego spotkania feedbackowego : ………. zł x maksymalna liczba spotkań: **7.**

1. **\*\*\*Dotyczy części III zamówienia:**

* ceny brutto za realizację 1 indywidualnego spotkania diagnostycznego: ……… zł x maksymalna liczba spotkań : **7,**
* ceny brutto za realizację 2-dniowego spotkania wyjazdowego: ………. zł x liczba spotkań wyjazdowych: **3,**
* ceny brutto za realizację 1 indywidualnego spotkania feedbackowego : ………. zł x maksymalna liczba spotkań: **7.**

1. Cena brutto za realizację usługi zawiera obowiązkowe potrącenia i narzuty po stronie Wykonawcy i Zamawiającego\*\*\*. Kwota wskazana w ust. 1 stanowi ostateczną wartość i zawiera wszelkie koszty niezbędne do realizacji przedmiotu umowy określonego w § 1, w tym przeniesienie na *Zamawiającego* autorskich praw majątkowych do materiałów dydaktycznych.
2. Środki finansowe na realizację umowy zostały zabezpieczone w budżecie Województwa Śląskiego na 2023 rok oraz w Wieloletniej Prognozie Finansowej Województwa Śląskiego.
3. Rozliczenie wynagrodzenia odbywać się będzie na podstawie protokołu, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
4. Rachunek/faktura za wykonanie przedmiotu umowy zostanie wystawiona i dostarczona przez *Wykonawcę* po zaakceptowaniu protokołu z realizacji usługi w danym miesiącu, bez uwag ze strony *Zamawiającego*, do 10 dnia miesiąca następnego, z zastrzeżeniem, że rachunek/faktura za usługi zrealizowane w grudniu 2023 roku zostanie wystawiona i dostarczona przez Wykonawcę najpóźniej do 18 grudnia 2023 roku.
5. Wynagrodzenia będą wypłacane *Wykonawcy* w terminie do 30 dni od otrzymania przez *Zamawiającego* prawidłowo wystawionych faktur/rachunków przelewem na następujący rachunek: ……………………..…
6. W przypadku zmiany rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 7, *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 9.
7. *\*\*\*Wykonawca* oświadcza, że dla rachunku, o którym mowa w ust. 7 ***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.).
8. W przypadku podania rachunku, który nie obsługuje przelewów zgodnie z przepisem wykazanym w ust. 9 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.
9. Faktura/rachunek musi być bezwzględnie wystawiony na:

Województwo Śląskie

Śląski Ośrodek Adopcyjny w Katowicach

ul. Graniczna 29, 40-017 Katowice

NIP: 9542770064

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

**§ 6**

1. *Wykonawca* przenosi na *Zamawiającego* autorskie prawa majątkowe do materiałów dydaktycznych, o których mowa w § 1 ust. 5 lit. e-f niniejszej umowy, w zakresie prawa do ich wykorzystania, w szczególności na następujących polach eksploatacji:
2. zwielokrotnianie w każdej możliwej technice i bez żadnych ograniczeń ilościowych,
3. utrwalanie i przechowywanie, w tym na nośnikach elektronicznych,
4. nieodpłatne przekazywanie (użyczenie), w tym w formie skróconej innym podmiotom,
5. odtwarzanie,
6. publikacja i rozpowszechnianie w całości lub w części za pomocą druku, wizji lub fonii przewodowej albo bezprzewodowej przez stację naziemną, nadawanie za pośrednictwem satelity, równoległe i integralne nadawanie dzieła przez inną organizację radiową bądź telewizyjną, transmisję komputerową (sieć szerokiego dostępu, Internet) łącznie z utrwalaniem w pamięci komputerów i serwerów sieci komputerowych oraz zezwalaniem na tworzenie i nadawanie kompilacji,
7. publiczne prezentowanie,
8. edytowanie, w tym z wykorzystaniem technologii cyfrowych,
9. tłumaczenie,
10. wprowadzanie do obrotu,
11. wykorzystywanie w materiałach wydawniczych, w tym promocyjnych, informacyjnych i szkoleniowych oraz we wszelkiego rodzaju mediach audio-wizualnych i komputerowych.
12. *Wykonawca* przenosi na *Zamawiającego* także wyłączne prawo zezwalania na wykonywanie zależnych praw autorskich do materiałów dydaktycznych, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych na polach eksploatacji wskazanych w ust. 1.
13. *Zamawiający* nabywa prawo do korzystania i rozporządzania nabytymi prawami w kraju i zagranicą.
14. *Zamawiający* ma prawo zbyć nabyte prawa lub upoważnić osoby trzecie do korzystania z uzyskanych zezwoleń.
15. *Wykonawca* oświadcza, że osoby trzecie nie uzyskały i nie uzyskają autorskich praw majątkowych do przedmiotu umowy.
16. Korzystanie i rozporządzanie prawami przeniesionymi na *Zamawiającego* na podstawie niniejszej umowy nie może przynosić uszczerbku autorskim prawom osobistym *Wykonawcy.*
17. *Wykonawca* oświadcza, że jego autorskie prawa majątkowe do materiałów dydaktycznych nie są niczym ograniczone.

**§ 7**

* + - 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.

**§ 8**

1. Zamawiający przewiduje zmiany postanowień umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy w zakresie uregulowanym w art. 454-455 ustawy tj:
2. Zmianę terminu realizacji umowy, w przypadku zaistnienia okoliczności, których nie można było przewidzieć pomimo zachowania należytej staranności.
3. Ewentualną zmianę (przedłużenie) terminu realizacji umowy w sytuacji nierozstrzygnięcia/unieważnienia postępowania na realizację usługi hotelarsko -gastronomicznej w części dotyczącej obsługi zjazdu lub spotkań wyjazdowych.
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. 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.
8. 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 **„Kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji zamówienia”** Wykonawca musi wykazać, iż zaproponowana osoba posiada taką samą lub wyższą liczbę punktów w tym kryterium co osoba zmieniana.
9. Nastąpi zmiana powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu zamówienia,
10. Konieczności wprowadzenia zmian będzie następstwem zmian wytycznych dotyczących Programu Operacyjnego lub wytycznych i zaleceń Instytucji Pośredniczącej i /lub Zarządzającej,
11. Zmiany oświadczeń Wykonawcy i sposobu płatności za realizację usługi związaną z zastosowaniem systemu podzielonej płatności (split payment),

**§ 9**

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 20% maksymalnego wynagrodzenia brutto określonego w § 3 ust. 2 niniejszej umowy. Za nienależyte wykonanie przedmiotu umowy uważa się w szczególności naruszenie postanowień § 1, § 2 ust. 1 oraz § 5 i § 6 niniejszej umowy,
3. za rozwiązanie lub odstąpienie od Umowy przez którąkolwiek ze Stron z przyczyn, za które Wykonawca ponosi odpowiedzialność – w wysokości 30% maksymalnego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 3 ust. 2 umowy;
4. W przypadku gdy wysokość szkody poniesionej przez Zamawiającego jest większa od kary umownej, a także w przypadku, gdy szkoda powstała z przyczyn, dla których nie zastrzeżono kary umownej, Zamawiający jest uprawniony do żądania odszkodowania na zasadach ogólnych, wynikających z przepisów Kodeksu cywilnego – niezależnie od tego, czy realizuje uprawnienia do otrzymania kary umownej. W przypadku, gdy wysokość poniesionej szkody jest większa od kary umownej, Zamawiający może żądać odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej.
5. Łączna wysokość kar umownych nie może przekroczyć wartości 40 % maksymalnego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 3 ust. 2 za każde z zadań.
6. W przypadku niewykonania przedmiotu umowy, *Wykonawcy* nie przysługuje wynagrodzenie, a ponadto *Zamawiający* może obciążyć *Wykonawcę* karą umowną naliczoną na zasadach określonych w ust. 1.
7. Zamawiający jest uprawniony do potrącania wierzytelności wobec Wykonawcy z tytułu kar umownych z wierzytelnościami Wykonawcy wobec Zamawiającego z tytułu wynagrodzenia*,* na co Wykonawca wyraża zgodę, chyba że obowiązujące przepisy stanowią inaczej.
8. Zamawiający może dokonać potrącenia, o którym mowa w ust. 5, w każdym przypadku powstania uprawnienia do żądania zapłaty kary umownej, choćby jego wierzytelność z tego tytułu nie była jeszcze wymagalna (nie upłynął jeszcze termin, w którym Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty kary umownej).
9. Wykonawca zapłaci karę umowną w terminie 14 dni od daty otrzymania od Zamawiającego żądania jej zapłaty, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zamawiającego w żądaniu zapłaty.

**§ 10**

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.**

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

***Część…..***

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

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

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

…………………………………… ……………………………………………

Załącznik 6

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

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

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

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

**Wykonawca: ………………………………………**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

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

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ I**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 5 do 8 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

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 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:

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ II**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 9 do 13 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

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 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:

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ III**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla nastolatków w kryzysie rozwojowym oraz ich rodzin adopcyjnych**

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 7

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ I**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 5 do 8 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

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

**\*Niepotrzebne skreślić**

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

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

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

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

Załącznik 7

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ II**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla dzieci z zaburzeniami posttraumatycznymi w wieku od 9 do 13 lat oraz ich rodzin adopcyjnych**

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

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

**\*Niepotrzebne skreślić**

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

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

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

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

Załącznik 7

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

**Usługa realizacji turnusów terapeutycznych dla rodzin adopcyjnych**

**CZĘŚĆ III**

**Realizacja turnusu terapeutycznego dla nastolatków w kryzysie rozwojowym oraz ich rodzin adopcyjnych**

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**reprezentowany przez:……………………**

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

**\*Niepotrzebne skreślić**

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

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

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

☐ Tak ☐ Nie (proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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