

.....  
pieczęć Zamawiającego

## **ZAPYTANIE CENOWE**

W związku z art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579) zwracamy się z zapytaniem ofertowym na przeprowadzenie szkolenia

### **I. Zamawiający:**

Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Świdnicy,  
Adres do korespondencji: 58-100 Świdnica, ul. Pionierów Ziemi Świdnickiej 14,  
Tel. 74 6622721, e-mail: [sekretariat@poradnia.swidnica.pl](mailto:sekretariat@poradnia.swidnica.pl)

### **II. Opis przedmiotu zamówienia:**

W związku z aplikowaniem o środki Krajowego Funduszu Szkoleń Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Świdnicy zaprasza do składania ofert na przeprowadzenie szkolenia z zakresu „ALTERNATYWNYCH I WSPOMAGAJĄCYCH METOD POROZUMIEWANIA SIĘ (AAC)”

Szkolenie ma być zorganizowane w siedzibie Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Świdnicy przy ulicy Pionierów 14. Program szkolenia powinien być realizowany w systemie weekendowym (sobota, niedziela) z przewidzianymi przerwami kawową i obiadową. Po ukończeniu szkolenia uczestnicy mają dostać certyfikaty potwierdzające ukończenie szkolenia. Szkolenie kierowane jest do logopedów.

### **Cele szkolenia:**

Umiejętność wykorzystywania w swojej pracy metody komunikacji alternatywnej z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością powodującą brak lub ograniczenie komunikacji werbalnej: upośledzeniem umysłowym (od głębokiego do lekkiego), niepełnosprawnością ruchową, autyzmem, opóźnionym rozwojem mowy (afazja, opóźnienie psychoruchowe, uszkodzenia aparatu artykulacyjnego, fonacyjnego lub oddechowego i inne), w stanach po uszkodzeniu mózgu w wyniku wypadku, wylewu, z niepełnosprawnością sprzężoną.

Wyłoniony w postępowaniu wykonawca zobowiązany jest w terminie 2 dni roboczych dostarczyć:

Program szkolenia, który zawiera:

- nazwę szkolenia
- liczbę godzin szkolenia
- cele
- plan nauczania
- formę zaliczenia
- wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników wystawianego przez realizatora usługi

W przypadku nie przyznania środków z KFS przeprowadzone postępowanie nie zakończy się wyborem dostawcy.

**Przewidywana liczba uczestników szkolenia:** do 6 osób

### **III. Wymagania związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia**

#### **a) Termin realizacji zamówienia:**

od 07 maja do 14 grudnia 2018r

#### **c) Warunki płatności :**

Płatność nastąpi przelewem w ciągu 30 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.

### **IV. Osoby po stronie Zamawiającego uprawnione do porozumiewania się z Wykonawcą.**

1. Osoba uprawnioną do kontaktowania się z Wykonawcą i udzielania wyjaśnień dotyczących postępowania jest pani Magdalena Kudyba pod nr telefonu 74 662 27 20, e-mail: [sekretariat@poradnia.swidnica.pl](mailto:sekretariat@poradnia.swidnica.pl)., w przypadku pytań merytorycznych dotyczących szkolenia Dyrektor ZPPP Małgorzata Curył.

2. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie zamówienia w godzinach od 8:00 do 15:00 do Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Świdnicy.

### **V. Miejsce składania oferty cenowej.**

Ofertę cenową prosimy złożyć w wersji elektronicznej **do dnia 14.03.2018 r. do godziny 12:00 na adres sekretariat@poradnia.swidnica.pl**

### **VI. Opis sposobu obliczania ceny.**

**Liczba godzin:****Szkolenie**

wartość brutto .....zł brutto słownie:.....

Wartość netto .....zł netto słownie: .....

Cena powinna zawierać wszelkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia

**VII. Informacje dodatkowe.**

1. Wykonawca związany jest ofertą cenową przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania oferty cenowej.
3. Potwierdzeniem wykonania przedmiotu zamówienia będzie protokół odbioru.
4. Niniejsze postępowanie prowadzone jest na zasadach opartych na wewnętrznych uregulowaniach organizacyjnych Zamawiającego. Nie mają tu zastosowania przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych.

## Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

.....  
(Imię i nazwisko wykonawcy lub pieczęć wykonawcy)

NIP: .....

REGON:.....

tel.: .....

fax: .....

adres e-mail .....

### OFERTA CENOWA

**Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Świdnicy**  
**ul. Pionierów Ziemi Świdnickiej 14**  
**58-100 Świdnica**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia ..... r. prowadzone w oparciu o art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych na:

#### **Przeprowadzenie szkolenia:**

Ja/My, niżej podpisany/i, .....

oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

#### **Liczba godzin:**

##### **Szkolenie**

wartość brutto .....zł brutto słownie: .....

Wartość netto .....zł netto słownie: .....

Przedmiot zamówienia wykonam/my w terminie **do ..... 2018r.**

Oświadczam/my, iż uważam/my się za związanego/yh niniejszą ofertą przez okres 30 dni licząc od daty wyznaczonej na składanie ofert.

Oświadczam/my, że zapoznałem/am/liśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.

W przypadku wybrania naszej oferty, zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w punkcie II i III, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

.....  
Data i podpis i/lub pieczęć osoby upoważnionej  
do podpisywania ofert