**Załącznik nr 2 do SWZ**

**OFERTA WYKONAWCY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa (firma) Wykonawcy:** |  | | |
| **Adres Wykonawcy:** |  | | |
| **Nr telefonu:** |  | **Adres email:** |  |
| **NIP** |  | **REGON** |  |
| **KRS/CEiDG** |  | | |
| **Reprezentowany przez** | ***(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji)*** | | |
| **INFORMACJA O WIELKOŚCI PRZEDSIĘBIORSTWA[[1]](#footnote-1):**  mikro przedsiębiorstwo małe przedsiębiorstwo średnie przedsiębiorstwo duże przedsiębiorstwo | | | |

W odpowiedzi na ogłoszenie w sprawie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji, pn.: **Świadczenie usług terapeuty integracji sensorycznej (terapeuta SI) na potrzeby Regionalnego Punktu Diagnoz i Terapii FAS/FASD w Lublinie z podziałem na części, Znak sprawy** **DSP.TP.2311.61.2024**, składam ofertę skierowaną do: Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie, przy ul. Diamentowej 2, 20-447 Lublin.

1. Oferujemy realizację wykonania całości przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ   
   i załącznikach**:**

**Część 1. Usługa terapeuty integracji sensorycznej (terapeuta SI) nr 1.**

**I. Cena ofertowa netto przedmiotu zamówienia wynosi**: ……………………….…………...…….. zł

(słownie: ……………………….………………………………………………….……….. zł …………/100)

Stawka podatku VAT: …………………….. %

Wartość podatku VAT wynosi: ……………………….…………………….………………………… zł

**Cena ofertowa brutto przedmiotu zamówienia wynosi**: ……............................…………...…….... zł

(słownie: …………………………………………………………………………………….. zł …………/100)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość godzin** | **Cena netto**  **za 1 godzinę** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT**  **(%)** | **Wartość brutto** |
| Sposób obliczenia ceny | | 1 | 2 | 3 (1x2) | 4 | 5 = (3+4) |
| 1 | **Usługa terapeuty integracji sensorycznej** | **940** |  |  |  |  |

**II. Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**

Oświadczam/-my, że osobą skierowaną do realizacji przedmiotu zamówienia będzie Pani/Pan:

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** |
|  |
| **Wykształcenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków studiów, ze wskazaniem Uczelni oraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego) |
|  |
| **Doświadczenie w prowadzeniu diagnozy i terapii integracji sensorycznej dzieci i/lub młodzieży z wykorzystaniem aktualnych metod i technik diagnozy i zgodnie z polskimi standardem diagnostycznym w zakresie diagnozy integracji sensorycznej**  (podać lata doświadczenia w zakresie prowadzenia diagnoz i terapii) |
|  |
|  |
| **Doświadczenie w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert w prowadzeniu diagnoz psychologicznych,  w tym przeprowadzenie co najmniej 30 diagnoz w prowadzeniu diagnozy integracji sensorycznej w zakresie FAS/FASD**  (podać dane dotyczące ilości przeprowadzonych diagnoz oraz informację na temat podmiotu w ramach którego takie diagnozy zostały przeprowadzone) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Doświadczenie zawodowe polegające na uczestnictwie w co najmniej 6 szkoleniach/kursach/warsztatach/seminariach /konferencjach z zakresu tematyki FAS/FASD oraz posiadanie certyfikatu/zaświadczenia potwierdzającego uczestnictwo  w powyższym kształceniu**  (podać nazwę podmiotu realizującego szkolenie/kurs/warsztat/seminarium/konferencję, datę uczestnictwa oraz tytuł szkolenia/kursu/warsztatu/seminarium/konferencji) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Informacje dotyczące ukończenie przez osobę skierowaną do realizacji przedmiotu zamówienia szkolenia w zakresie  4-cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego FASD w diagnostyce FAS/FASD** |
| * **tak** * **nie**   Dane dotyczące szkolenia:  Rok ukończenia szkolenia: |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..

**Część 2. Usługa terapeuty integracji sensorycznej (terapeuta SI) nr 2.**

**I. Cena ofertowa netto przedmiotu zamówienia wynosi**: ……………………….…………...…….. zł

(słownie: ……………………….………………………………………………….……….. zł …………/100)

Stawka podatku VAT: …………………….. %

Wartość podatku VAT wynosi: ……………………….…………………….………………………… zł

**Cena ofertowa brutto przedmiotu zamówienia wynosi**: ……............................…………...…….... zł

(słownie: …………………………………………………………………………………….. zł …………/100)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość godzin** | **Cena netto**  **za 1 godzinę** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT**  **(%)** | **Wartość brutto** |
| Sposób obliczenia ceny | | 1 | 2 | 3 (1x2) | 4 | 5 = (3+4) |
| 1 | **Usługa terapeuty integracji sensorycznej** | **740** |  |  |  |  |

**II. Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**

Oświadczam/-my, że osobą skierowaną do realizacji przedmiotu zamówienia będzie Pani/Pan:

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** |
|  |
| **Wykształcenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków studiów, ze wskazaniem Uczelni oraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego) |
|  |
| **Doświadczenie w prowadzeniu diagnozy i terapii integracji sensorycznej dzieci i/lub młodzieży z wykorzystaniem aktualnych metod i technik diagnozy i zgodnie z polskimi standardem diagnostycznym w zakresie diagnozy integracji sensorycznej**  (podać lata doświadczenia w zakresie prowadzenia diagnoz i terapii) |
|  |
|  |
| **Doświadczenie w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert w prowadzeniu diagnoz psychologicznych,  w tym przeprowadzenie co najmniej 30 diagnoz w prowadzeniu diagnozy integracji sensorycznej w zakresie FAS/FASD**  (podać dane dotyczące ilości przeprowadzonych diagnoz oraz informację na temat podmiotu w ramach którego takie diagnozy zostały przeprowadzone) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Doświadczenie zawodowe polegające na uczestnictwie w co najmniej 6 szkoleniach/kursach/warsztatach/seminariach /konferencjach z zakresu tematyki FAS/FASD oraz posiadanie certyfikatu/zaświadczenia potwierdzającego uczestnictwo  w powyższym kształceniu**  (podać nazwę podmiotu realizującego szkolenie/kurs/warsztat/seminarium/konferencję, datę uczestnictwa oraz tytuł szkolenia/kursu/warsztatu/seminarium/konferencji) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Informacje dotyczące ukończenie przez osobę skierowaną do realizacji przedmiotu zamówienia szkolenia w zakresie  4-cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego FASD w diagnostyce FAS/FASD** |
| * **tak** * **nie**   Dane dotyczące szkolenia:  Rok ukończenia szkolenia: |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..

**Część 3. Usługa terapeuty integracji sensorycznej (terapeuta SI) nr 3.**

**I. Cena ofertowa netto przedmiotu zamówienia wynosi**: ……………………….…………...…….. zł

(słownie: ……………………….………………………………………………….……….. zł …………/100)

Stawka podatku VAT: …………………….. %

Wartość podatku VAT wynosi: ……………………….…………………….………………………… zł

**Cena ofertowa brutto przedmiotu zamówienia wynosi**: ……............................…………...…….... zł

(słownie: …………………………………………………………………………………….. zł …………/100)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość godzin** | **Cena netto**  **za 1 godzinę** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT**  **(%)** | **Wartość brutto** |
| Sposób obliczenia ceny | | 1 | 2 | 3 (1x2) | 4 | 5 = (3+4) |
| 1 | **Usługa terapeuty integracji sensorycznej** | **740** |  |  |  |  |

**II. Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**

Oświadczam/-my, że osobą skierowaną do realizacji przedmiotu zamówienia będzie Pani/Pan:

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** |
|  |
| **Wykształcenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków studiów, ze wskazaniem Uczelni oraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego) |
|  |
| **Doświadczenie w prowadzeniu diagnozy i terapii integracji sensorycznej dzieci i/lub młodzieży z wykorzystaniem aktualnych metod i technik diagnozy i zgodnie z polskimi standardem diagnostycznym w zakresie diagnozy integracji sensorycznej**  (podać lata doświadczenia w zakresie prowadzenia diagnoz i terapii) |
|  |
|  |
| **Doświadczenie w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert w prowadzeniu diagnoz psychologicznych,  w tym przeprowadzenie co najmniej 30 diagnoz w prowadzeniu diagnozy integracji sensorycznej w zakresie FAS/FASD**  (podać dane dotyczące ilości przeprowadzonych diagnoz oraz informację na temat podmiotu w ramach którego takie diagnozy zostały przeprowadzone) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Doświadczenie zawodowe polegające na uczestnictwie w co najmniej 6 szkoleniach/kursach/warsztatach/seminariach /konferencjach z zakresu tematyki FAS/FASD oraz posiadanie certyfikatu/zaświadczenia potwierdzającego uczestnictwo  w powyższym kształceniu**  (podać nazwę podmiotu realizującego szkolenie/kurs/warsztat/seminarium/konferencję, datę uczestnictwa oraz tytuł szkolenia/kursu/warsztatu/seminarium/konferencji) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Informacje dotyczące ukończenie przez osobę skierowaną do realizacji przedmiotu zamówienia szkolenia w zakresie  4-cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego FASD w diagnostyce FAS/FASD** |
| * **tak** * **nie**   Dane dotyczące szkolenia:  Rok ukończenia szkolenia: |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..

1. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia oraz cena uwzględnia wszystkie uwarunkowania oraz czynniki związane   
   z realizacją zamówienia.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się i bezwarunkowo akceptujemy szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowiący załącznik do SWZ i nie wnosimy do niego zastrzeżeń. Przyjmujemy warunki określone w tymże dokumencie. Przedmiotowe zamówienie zrealizujemy zgodnie z opisem i w sposób określony w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ, zawierającą informacje niezbędne do przeprowadzenia postępowania i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy wszystkie konieczne informacje do właściwego przygotowania oferty.
4. Oświadczamy, że akceptujemy przedstawiony przez Zamawiającego **30 dniowy** termin płatności od **dnia otrzymania** przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
5. Oświadczamy, że do wyliczenia ceny brutto podanej w niniejszym formularzu, zastosowaliśmy właściwą stawkę podatku od towarów i usług, w wysokości procentowej obowiązującej w dniu składania ofert.
6. W związku z art. 225 ust. 2 ustawy, oświadczamy, że wybór naszej oferty:

* **nie będzie** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług\*;
* **będzie** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług\*, w związku z tym:

Oświadczamy, że **towary/usługi**\*, których **dostawa/świadczenie**\* będzie prowadzić do powstania   
u Zamawiającego obowiązku podatkowego to: ..…………………………………………....…………..

Wartość wskazanych powyżej **towarów/usług**\* bez podatku VAT wynosi: ……………………..… zł.

Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie do wskazanych powyżej **towarów/usług**\*to: …………………………………………..[[2]](#footnote-2)

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy, obowiązującym w niniejszym postępowaniu i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte. Ponadto oświadczamy, iż w przypadku wyboru naszej oferty, jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącej załącznik nr 6 do SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
3. Informujemy, iż całość zamówienia zostanie wykonana siłami własnymi Wykonawcy**/** Podwykonawcom zostanie powierzone wykonanie następujący zadań\*\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy** | **Część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy\*\*** | **Wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy** |
| **1** |  |  |  |

W przypadku wykonywania przedmiotu zamówienia przez podwykonawców, oświadczamy, że ponosimy pełną odpowiedzialność za działanie lub zaniechanie wszystkich podwykonawców.

1. Oświadczamy, że:

* że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[3]](#footnote-3) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
* że nie przekazuję/my danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.\*

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z informacjami zawartymi w rozdziale XXVI SWZ dotyczącymi przetwarzania danych osobowych Wykonawcy oraz bezwarunkowo akceptujemy przedstawione w niej warunki.
2. Wykonawca oświadcza, że zapoznała się i akceptuje Regulamin korzystania z platforma zakupowej e-Zamówienia.

*\*\* Niepotrzebne skreślić*

*UWAGA: W sytuacji gdy o udzielenie zamówienia ubiega się dwóch lub więcej Wykonawców w ofercie Wykonawcy ma obowiązek podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców ze wskazaniem pełnomocnika.*

***Oferta składana jest w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

1. *Zaznaczyć właściwe. Zgodnie z artykułem 2 załącznika nr I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.:* ***do kategorii mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw*** *(„MŚP”) należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR; w kategorii MŚP małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR; w kategorii MŚP mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Jeżeli błędnie określono lub nie określono powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, Zamawiający zastosuje się do art. 17 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. 2022 r., poz. 93, z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).* [↑](#footnote-ref-3)