**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa / imię i nazwisko Wykonawcy:**

……………………………………………………………………………………………………………

**Adres siedziby / zamieszkania Wykonawcy:**

ulica: …………...…..., kod pocztowy …. - ….. miejscowość: ……….…………, województwo:

……………….. **REGON** ………..…..……… **NIP** ………………………

**Telefon oraz e-mail Wykonawcy**

……………………………………………………………………...……………………….……………

Osoba upoważniona do podpisania oferty oraz umowy (imię, nazwisko):

………………………………………………………………………………………………………….

(proszę dołączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

* Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej TAK / NIE\*
* Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: TAK / NIE\*
* Rodzaj Wykonawcy:  mikroprzedsiębiorstwo  małe przedsiębiorstwo  średnie przedsiębiorstwo[[1]](#footnote-1)  jednoosobowa działalność gospodarcza  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej  inny rodzaj\* UWAGA: należy wybrać JEDEN rodzaj Wykonawcy
1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia na **Świadczenie usług w ramach wiodącego ośrodka koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczego na terenie powiatu lęborskiego w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” SKŁADAM/-Y OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy, na następujących warunkach:

**CZĘŚĆ NR 1 Logopedia**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

**CZĘŚĆ NR 2 Logopedia**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

**CZĘŚĆ NR 3 Neurologopedia**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

**CZĘŚĆ NR 4 Neurologopedia**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

**CZĘŚĆ NR 5 Terapia integracji sensorycznej**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

**CZĘŚĆ NR 6 Terapia integracji sensorycznej**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

**CZĘŚĆ NR 7 Fizjoterapia**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

**CZĘŚĆ NR 8 Fizjoterapia**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

**CZĘŚĆ NR 9 Terapia psychologiczna**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

**CZĘŚĆ NR 10 Terapia pedagogiczna**

**Cena brutto za 1 godzinę świadczenia usługi: …………… zł**

Informuję/-my, iż wybór oferty będzie prowadzić /nie będzie prowadzić\* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług[[2]](#footnote-2):

wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego: …………………………………………………………………

wskazanie wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku: ………………………………………………………………………………………………

wskazanie stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie: ………………………………………………………………………………….……………

1. Zapłata realizowana będzie przelewem na konto Wykonawcy **w terminie 14 dni** od daty dostarczenia do siedziby Zamawiającego faktury / rachunku wraz z miesięczną kartą rozliczeniową. Na fakturze / rachunku powinien znajdować się numer umowy, której dotyczy.
2. Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia osobiście **TAK w Części nr …..** **/ NIE**\*
3. Wskazuję następujące osoby do realizacji zamówienia:\*

…………………………………………. (imię i nazwisko) – Część nr ……

…………………………………………. (imię i nazwisko) – Część nr ……

…………………………………………. (imię i nazwisko) – Część nr ……

…

1. Zamierzam powierzyć wykonanie całości\* / części\* zamówienia podwykonawcy/-com **TAK / NIE**\*. Jeżeli TAK proszę podać:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp | Imię i nazwisko lub nazwa/firma podwykonawcy | Wskazanie powierzonej części zamówienia  |
|  |  |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Przy realizacji zamówienia będę polegać na zasobach innych podmiotów **TAK / NIE**\*

Jeżeli TAK – należy dołączyć Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby (Załącznik nr 5 do SWZ).

1. Deklaruję, że jako miejsce realizacji zajęć wybieram (proszę wskazać miejsce):
* budynek Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lęborku, ul. Okrzei 15a
* gabinet w specjalistycznej placówce oświatowej (proszę wskazać jakiej oraz podać adres): ………………………………………………………………………………………..
* prywatny gabinet Wykonawcy (proszę podać adres): ………………………………..…..

………………………………………………………………………………………………….

1. Oświadczam/-y, że:
2. Zapoznałem/-am się i akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ, w tym postanowienia Wzoru umowy;
3. uzyskałem/-am wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty;
4. jestem związany/-a niniejszą ofertą przez okres wskazany w dokumentach zamówienia;
5. zobowiązuję się, w przypadku wyboru oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ;
6. wypełniłem/-am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/-liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. *W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie lub wskazanie „nie dotyczy”)*
7. Niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję/-my skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 cyt. ustawy w oparciu o następujące uzasadnienie\*: ……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

**\* niepotrzebne skreślić**

**UWAGA: formularz oferty MUSI być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym (ePuap) lub elektronicznym podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty podpisem kwalifikowanym zaznaczyć opcję widoczności podpisu.**

1. *(zgodnie z**zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). M****ikroprzedsiębiorstwo****: 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 przedsiębiorstwo****: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem* ***i które*** *zatrudnia mniej niż 250 osób i którego**roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.* [↑](#footnote-ref-1)
2. Mechanizm podzielonej płatności ma zastosowanie w transakcjach z zagranicznymi kontrahentami, gdy przedsiębiorca dokonuje wewnątrzwspólnotowego nabycia usług (WNT), importu usług lub nabywa usługi od firmy spoza Unii Europejskiej. Wykaz towarów i usług objętych mechanizmem podzielonej płatności zawiera Załącznik nr 15 do ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. [↑](#footnote-ref-2)