**Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego

nr 6-AU-2019na wykonanie usług logopedycznych

z dn. 12.08.2019 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

Adres e-mail: ...........................................................................................

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usługi logopedyczne  
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” składam następującą ofertę na realizację usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych   
w zapytaniu ofertowym.

Złożona oferta powinna określać wynagrodzenie Wykonawcy za 1 godzinę zegarową świadczonej usługi, wynagrodzenie za całą usługę netto, przy oraz łączną cenę oferty netto   
i brutto – jak powyżej:

1. Cena netto za 1 (jedną) godzinę usług logopedycznych:
2. Ilość godzin:
3. Łączna cena netto c = (a x b)
4. Łączna cena brutto d = (a x b) x podatek VAT /lub niezbędne składki wynikające   
   z umowy zlecenia

Oświadczam, że:

* 1. w całkowitej cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania usługi w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym nr 6-AU-2019;
  2. zapoznałem się z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
  3. w pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie warunki i wymagania dotyczące udziału w postępowaniu;
  4. akceptuję wszystkie zapisy zapytania ofertowego nr 6-AU-2019i zapewniam należytą staranność, terminowość i dyspozycyjność przy realizacji przedmiotowego zamówienia;
  5. w przypadku wyboru mojej oferty wykonam dokumentację opisaną w zapytaniu ofertowym oraz wymaganą przez Zamawiającego;
  6. zobowiązuję się, że w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę w miejscu   
     i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego

nr 6-AU-2019na wykonanie usług logopedycznych

z dn. 12.08.2019 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

Adres e-mail: ...........................................................................................

**ZESTAWIENIE INFORMACJI O OSOBIE, KTÓRA BĘDZIE WYKONYWAĆ ZAMÓWIENIE**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usług logopedycznych  
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” do realizacji niniejszego zamówienia wskazuję poniższą osobę/osoby:

1. Imię i nazwisko ........................................................................................................................

2. wykształcenie/kwalifikacje.......................................................................................................

Osoba ta legitymuje się następującym doświadczeniem (należy wpisać X w odpowiednim wierszu):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Doświadczenie** | **Należy zaznaczyć właściwe znakiem X** |
| 1. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres wynoszący maksymalnie 6 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące mniej, niż 90 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |
| 2. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres przekraczający 6 miesięcy i nie przekraczający 12 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące łączny wymiar od 90 godzin do 179 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |
| 3. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres przekraczający 12 miesięcy i nie przekraczający 18 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące łączny wymiar od 180 godzin do 269 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |
| 4. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres przekraczający 18 miesięcy i nie przekraczający 24 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące łączny wymiar od 270 godzin do 359 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |
| 5. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres dłuższy, niż 24 miesiące (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące więcej, niż 359 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |

Oświadczam/y, że wyżej wskazana osoba posiada odpowiednie kwalifikacje, zgodne   
z wymaganiami Zamawiającego, oraz jest zdolna do wykonania zamówienia opisanego   
w zapytaniu ofertowym.

Ponadto oświadczam/y, że na żądanie Zamawiającego przedstawię/my świadectwa pracy/zaświadczenia lub referencje potwierdzające informacje zawarte w powyższym zdaniu.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego

nr 6-AU-2019na wykonanie usług logopedycznych

z dn. 12.08.2019 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

Adres e-mail: ...........................................................................................

**OŚWIADCZENIE**

**o braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usług logopedycznych  
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązany(i) z Zamawiającym kapitałowo lub osobowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane   
z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające   
w szczególności na:

* 1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
  2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
  3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
  4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa   
     w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia   
     w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy