Załącznik nr 1

**formularz OFERTOWy nr 6/USiebie/OWIS/2019**

**DANE OFERENTA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Imię i nazwisko/Nazwa Oferenta |  |
| 2 | Adres |  |
| 3 | Tel./fax |  |
| 4 | E-mail  |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 6**/USiebie/OWIS/2019** dotyczące świadczenia usług rehabilitacyjnych oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj usługi | Cena brutto w PLN za 1 godzinę\* | Słownie cena brutto za 1 godzinę |
| Usługi rehabilitacyjne |  |  |

\*cenę za realizację 1 godziny (60 minut) usługi rehabilitacyjnej wyrażona w złotych polskich w kwocie brutto, tzn. powinna zawierać wszystkie koszty związane z realizacją usługi, w tym dojazd do klienta oraz podatek VAT (jeżeli dotyczy) lub wszystkie składki ubezpieczeniowe ponoszone zarówno przez Zleceniobiorcę jak i Zleceniodawcę oraz podatek dochodowy od osób fizycznych.

**Świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że:**

1. zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym na ww. usługi i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte;
2. zdobyłam/em wszelkie informacje konieczne do przygotowania oferty;
3. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, o których mowa w **pkt. VIII.1)** zapytania ofertowego;
4. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do wykonania zamówienia za stawkę wynagrodzenia podaną w niniejszym formularzu; dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
5. spełniam/osoby, którymi dysponuję zdolne do wykonania zamówienia spełniają wymagania wskazane w zapytaniu ofertowym;
6. deklaruję gotowość do realizacji wskazanych zadań w terminach i wymiarze godzinowym uzgadnianych każdorazowo z Zamawiającym;
7. znajduję się w sytuacji ekonomicznej umożliwiającej wykonanie zamówienia,
8. W przypadku zaangażowania w realizację zadań w ramach innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zamawiającego i innych podmiotów, bądź zawarcia więcej niż jednej umowy cywilno-prawnej w ramach niniejszego projektu, Wykonawca/ osoby, którymi dysponuje do wykonania zamówienia musi posiadać możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich zadań wykonywanych na rzecz Zamawiającego. Łączne zaangażowanie zawodowe tej osoby w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zamawiającego i innych podmiotów, nie przekracza 276 godzin miesięcznie.

Załącznik nr 2

**WYKAZ WYKSZTAŁCENIA ORAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO**

Oświadczam, że posiadam/osoby, które będą realizować przedmiot zamówienia posiadają doświadczenie/ w realizacji usług rehabilitacyjnych;

**UWAGA:** **Wykonawca dysponujący potencjałem kilku osób zaangażowanych do realizacji przedmiotu zamówienia wskazuje informacje dla każdej z tych osób.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby, która będzie realizować przedmiot zamówienia | Wykształcenie  | Aktualne prawo wykonywania świadczeń zdrowotnych – Nr uprawnień | Podmiot, dla którego realizowano usługi rehabilitacji  | Doświadczenie – okres realizacji usług rehabilitacjiod dd-mm-rrrr do dd-mm-rrrr |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy dysponują osobami zdolnymi do wykonania zamówienia/ świadczący usługi osobiście, którzy posiadają kwalifikacje do udzielania świadczeń określonych w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty, tj. posiadają tytuł:

1) magistra oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty lub;

2) licencjata oraz co najmniej 6-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty lub;

3) zawodowy technika fizjoterapii oraz co najmniej 6-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty

oraz aktualne prawo wykonywania świadczeń zdrowotnych potwierdzone stosownymi dokumentami np. potwierdzenie zapłaty składek do izby zawodowej, aktualne ubezpieczenie OC itp.

**W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do przedłożenia na wniosek Zamawiającego dokumentów potwierdzających dane zawarte w niniejszym oświadczeniu, w tym potwierdzające wykształcenie, prawo wykonywania zawodu oraz potwierdzenie opłaty składek do samorządu i opłacenie ubezpieczenia OC.**

Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

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

data podpis Oferenta

Załącznik nr 3

DANE OFERENTA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Imię i nazwisko/Nazwa Oferenta |  |
| 2 | Adres |  |
| 3 | Tel./fax |  |
| 4 | E-mail  |  |

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**O braku powiązań z Zamawiającym**

Ja, niżej podpisana/yprzystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na realizację usług rehabilitacyjnych w miejscu zamieszkania w ramach projektu pt.: „*U siebie – Bezpłatne usługi opiekuńcze prowadzone w miejscu zamieszkania oraz w ramach Klubu Seniora dla niesamodzielnych mieszkańców Miasta Jaworzna, których celem jest zwiększenie samodzielności w codziennym funkcjonowaniu seniorów we własnym środowisku domowym i lokalnym*” oświadczam, że:

* + - 1. Nie jestem/Podmiot, który reprezentuję nie jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym,

przy czym 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,
	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 stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
		+ 1. Posiadam/Podmiot, który reprezentuję posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.

……………….…………………………………

Data i podpis Oferenta

Załącznik nr 4 **WYDRUKOWAĆ DLA KAŻDEJ OSOBY WYMIENIONEJ W ZAŁĄCZNIKU 2**

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**na potrzeby przeprowadzenia procedury wyboru Wykonawców usług rehabilitacyjnych,
w ramach Zapytania ofertowego 6/USiebie/OWIS/2019**

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie składanej w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji usług rehabilitacyjnych, w tym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru wykonawcy usługi prowadzonego przez Ośrodek Wspierania Inicjatyw Społecznych z siedzibą w Jaworznie (43-600) przy ul. Grunwaldzkiej 235, w związku z art. 6 ust. 1 lit) a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

……………………………………………..……………

 Data i czytelny podpis osoby, która będzie realizować przedmiot zamówienia

**INFORMACJA o zbieraniu danych od osoby, której one dotyczą**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Ośrodek Wspierania Inicjatyw Społecznych (OWIS) z siedzibą w Jaworznie (43-600) przy ul. Grunwaldzkiej 235.
2. Wszelkie informacje odnośnie przetwarzania danych osobowych możliwe są do uzyskania poprzez kontakt na adres owis@interia.eu lub telefon: 32 615 09 78
3. Dane osobowe oferentów są zbierane przez OWIS w celu dokonania wyboru oraz zawarcia umowy z Wykonawcą/cami usług rehabilitacyjnych.
4. Podstawa prawna przetwarzania danych wynika z art. 6 ust. 1 lit) a i c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).
5. Dane osobowe oferentów zostaną przekazane członkom komisji oceniającej oferty powołanym przez Zamawiającego oraz instytucjom kontrolującym prawidłowość realizacji projektu, w tym prawidłowość przeprowadzenia procedur wyboru wykonawców usług np. Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa Śląskiego pełniącemu funkcje Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Woj. Śląskiego na lata 2014-2020 oraz innym instytucjom uprawnionym do kontroli projektów współfinansowanych ze środków publicznych.
6. Dane osobowe oferentów nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
7. Dane osobowe oferentów będą przechowywane przez okres niezbędny do wyłonienia Wykonawców usług, realizacji projektu oraz wymagany umową o dofinansowanie projektu okres archiwizacji tj. do 31 października 2025 roku.
8. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, a także prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Oferentów danych osobowych jest dobrowolne i wymaga ich zgody.
10. Na podstawie danych osobowych nie są podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym nie stosuje się profilowania.