Załącznik nr 2

................................................

Pieczątka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń z zakresu terapii wspomagania rozwoju funkcji komunikacyjnych   
w Stowarzyszeniu TRISO w Opolu**

I. DANE OFERENTA  
Pełna nazwa (lub imię i nazwisko): ....................................................................................................

Adres z kodem ...................................................................................................................................

NIP ............................................................ , REGON ..........................................................................

tel. : . ..........................................., e-mail: .........................................................................................

zarejestrowany w ...............................................................................................................................

.................................................................... pod numerem ...............................................................

II. PRZEDMIOT OFERTY

**Oferuję, w ramach upublicznionego ogłoszenia ofertowego Nr 1/LOG/2021, udzielanie świadczeń z zakresu terapii wspomagania rozwoju funkcji komunikacyjnych - na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 1 do w/w ogłoszenia Stowarzyszenia TRISO z siedzibą w Opolu, ul. 1-go Maja 9,   
pokój 93.**  
1. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń terapii wspomagania rozwoju funkcji   
 komunikacyjnych objętych przedmiotem ogłoszenia ofertowego z zachowaniem należytej staranności, zgodnie   
 ze wskazaniami aktualnej wiedzy, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej,

2. Oświadczam, że świadczenia będące przedmiotem ogłoszenia ofertowego będą wykonywane przez   
 osobę/osoby posiadającą wymagane kwalifikacje, uprawnienia do ich wykonywania oraz wymagane   
 doświadczenie zawodowe, w tym w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną.

3. Osoba (lub wykaz osób - w załączeniu) przewidywana do świadczenia terapii wspomagania rozwoju funkcji   
 komunikacyjnych

.................................................................................................................................................  
   
 a) Posiadany dyplom:  
 - Licencjata/Magistra .......................................................…………………………… nr ...........................................   
 - inne kwalifikacje, uprawnienia, kursy zawodowe (jakie) .............................................................................   
 ……………………………………………………………………………......................................................................................  
 ......................................................................................................................................................................

b) Doświadczenie zawodowe  
 ………......... (wpisać ilość lat) doświadczenia zawodowego, w tym w pracy z osobami z niepełnosprawnością   
 intelektualną .................. (wpisać ilość lat)

III. DYSPOZYCYJNOŚĆ OFERENTA

1. Oświadczam, że dla udzielania świadczeń terapii wspomagania rozwoju funkcji komunikacyjnych   
 przedstawionych w niniejszej ofercie dysponuję następującymi godzinami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Dzień tygodnia** | **Oferowane godziny** |
| 1 | Poniedziałek |  |
| 2 | Wtorek |  |
| 3 | Środa |  |
| 4 | Czwartek |  |
| 5 | Piątek |  |

IV. WARTOŚĆ CENOWA OFERTY

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1. | 60 minut udzielania świadczenia z zakresu terapii wspomagania rozwoju funkcji komunikacyjnych | PLN |
| 2. | Deklaruję udzielanie świadczeń z zakresu w/w terapii ……....... godzin miesięcznie |  |

V. MIEJSCE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

1. Oświadczam, że miejscem udzielanych świadczeń terapii wspomagania rozwoju funkcji komunikacyjnych

będzie siedziba Stowarzyszenia TRISO/siedziba Oferenta

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

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

VI. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

Oświadczam, że akceptuję istotne dla Udzielającego zamówienie postanowienia zawarte we wzorze umowy  
i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonych w niniejszym wzorze w przypadku wyboru mojej oferty.

VII. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU OFERT

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią i szczegółowymi warunkami ogłoszenia ofertowego oraz wzorem umowy   
 i nie zgłaszam zastrzeżeń.

2. termin ważności oferty wynosi 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

VIII. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty są:

1) Oświadczenie o braku powiązania osobowego i kapitałowego z Zamawiającym według wzoru stanowiącego  
 Załącznik Nr 3 do ogłoszenia ofertowego.

2) Wykaz/lista osób wskazanych przez oferenta do prowadzenia terapii wspomagania rozwoju funkcji   
 komunikacyjnych wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do ogłoszenia ofertowego.

3) Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia oraz doświadczenie osoby/osób   
 wskazanych przez oferenta jako prowadzący terapię wspomagania rozwoju funkcji komunikacyjnych

4) Oświadczenia o niekaralności złożone przez osobę/osoby wskazane przez oferenta do prowadzenia terapii   
 wspomagania rozwoju funkcji komunikacyjnych według wzoru stanowiącego załącznik Nr 5 do ogłoszenia   
 ofertowego.

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

miejscowość, data pieczęć imienna i podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta   
 wymienionych w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu