



.....
Pieczętka 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/2022, 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 wspomaganie 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 wspomaganie 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 wspomaganie 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:

- zapoznałem się z treścią i szczegółowymi warunkami ogłoszenia ofertowego oraz wzorem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
- 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 wspomaganie 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 wspomaganie rozwoju funkcji komunikacyjnych
- 4) Oświadczenia o niekaralności złożone przez osobę/osoby wskazane przez oferenta do prowadzenia terapii wspomaganie rozwoju funkcji komunikacyjnych według wzoru stanowiącego załącznik Nr 5 do ogłoszenia ofertowego.

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć imienna i podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta

wymienionych w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu