Załącznik nr 2

pieczątka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń z zakresu terapii integracji sensorycznej (SI)**

**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 8/SI/2024, udzielanie świadczeń z zakresu terapii integracji sensorycznej (SI) na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 1 do w/w ogłoszenia Stowarzyszenia TRISO z siedzibą w Opolu, ul. Jagiellonów 53.**

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń terapii integracji sensorycznej (SI) 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 integracji sensorycznej (SI)

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 integracji sensorycznej (SI) 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 integracji sensorycznej (SI) | PLN |
| 2. | Deklaruję udzielanie świadczeń z zakresu w/w terapii ……....... godzin miesięcznie |  |

V. MIEJSCE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

1. Oświadczam, że miejscem udzielanych świadczeń terapii integracji sensorycznej 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 osób wskazanych przez oferenta do prowadzenia terapii integracji sensorycznej (SI) 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 integracji sensorycznej (SI).
4. Oświadczenia o niekaralności złożone przez osobę/osoby wskazane przez oferenta do prowadzenia terapii integracji sensorycznej według wzoru stanowiącego załącznik Nr 5 do ogłoszenia ofertowego.

miejscowość, data pieczęć imienna i podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania oferenta

wymienionych w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu