



**FORMULARZ OFERTOWY KANDYDATA DO REALIZACJI FORMY WSPARCIA**  
Rehabilitacja lecznicza – neurologiczna  
**W PROJEKCIE "DZIELNY SAMODZIELNY" 2021-2024**

1. Dane Oferenta: Imię i nazwisko/firma \_\_\_\_\_

2. Adres /kod, miejscowość, ulica, nr domu, lokalu: \_\_\_\_\_

3. NIP/jeśli dotyczy – podmioty gospodarcze: \_\_\_\_\_

4. Pesel /jeśli dotyczy – osoby fizyczne: \_\_\_\_\_

5. Numer telefonu, adres e-mail: \_\_\_\_\_

Oferent oświadcza, że:

1. posiada / nie posiada \* aktualne uprawnienia: dyplomy potwierdzające wykształcenie kierunkowe lub inne uprawniające do realizacji zadania: \_\_\_\_\_

2. posiada / nie posiada doświadczenie do realizacji zadania, jeśli tak, proszę wymienić jakie i przez jaki czas były wykonywane: \_\_\_\_\_

b. posiada / nie posiada minimum roczne doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w tym w szczególności w pracy z osobami cierpiącymi na schorzenia: autyzm, Zespół Downa, DMP, rozszczep kręgosłupa, przepukliną oponowo-rdzeniową, stwardnieniem guzowatym, opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami ze schorzeniami rzadkimi (wadami genetycznymi) oraz z osobami po przebytych udarach mózgu i innych schorzeniach genetycznych oraz nabytych: \_\_\_\_\_



Oferent deklaruje:

a) realizację formy wsparcia poprzez prowadzenie zajęć z (podać liczbę) \_\_\_\_\_ uczestnikami projektu/grupami w łącznym wymiarze godzin rocznie \_\_\_\_\_ miesięcznie \_\_\_\_\_

b) cena brutto za 1 godzinę udzielonego wsparcia: \_\_\_\_\_

c) osobiste prowadzenie zajęć z beneficjentami projektu/grupami w formie zatrudnienia:

UMOWA ZLECENIE\* SAMOZATRUDNIENIE\* INNA\* jaka \_\_\_\_\_

d) wymiar czasu pracy, liczba dni w tygodniu oraz godziny zatrudnienia:

poniedziałek od godz. \_\_\_\_\_ do godz. \_\_\_\_\_  
wtorek od godz. \_\_\_\_\_ do godz. \_\_\_\_\_  
środa od godz. \_\_\_\_\_ do godz. \_\_\_\_\_  
czwartek od godz. \_\_\_\_\_ do godz. \_\_\_\_\_  
piątek od godz. \_\_\_\_\_ do godz. \_\_\_\_\_  
sobota od godz. \_\_\_\_\_ do godz. \_\_\_\_\_

*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych Kandydata dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji na Podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) art 6 ust 1 lit a, w tym informacji zawartych w dokumentacji niezbędnej do realizacji projektu.*

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis składającego formularz ofertowy

### WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Lp.	Parametry zajęć	Wymagania Zamawiającego
1.	Wykonawca	Odpowiedzialny za - przygotowanie szczegółowych programów i harmonogramu zajęć w uzgodnieniu z Zamawiającym, - szczegółowy program pracy zostanie utworzony dla każdego beneficjenta na podstawie analizy jego potrzeb (IPD), - realizację merytoryczną indywidualnej formy wsparcia, - prowadzenie dokumentacji z zakresu prowadzonych zajęć.
2.	Liczba godzin	Łączna liczba godzin pracy w I etapie – 1200 h. Dopuszcza się możliwość częściową realizację zadania.
3.	Założenia terapii	<b>Opis terapii:</b> realizowania założeń rehabilitacji skierowanych na beneficjentów z dysfunkcjami układu nerwowego. Dysfunkcje neurologiczne powstają najczęściej z przyczyny udaru mózgu, bądź też schorzeń neurologicznych. Pierwszorzędnym celem nie tylko rehabilitacji neurologicznej jest

		<p>przywrócenie wszystkich utraconych funkcji, jeśli nie jest to w całości możliwe, ważne jest aby nauczyć beneficjenta radzić sobie z powstałą niepełnosprawnością.</p> <p>Terapia realizowana jest za pomocą specjalistycznych metod i technik rehabilitacyjnych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motoda Vojty,</li> <li>2. Terapia manualna</li> <li>3. Koncepcja NDT</li> <li>4. Koncepcja PNF</li> <li>5. Mobilizacja tkanek miękkich</li> </ol>
4.	Harmonogram zajęć terapeutycznych i organizacja zajęć.	<p>Zamawiający wymaga, by zadeklarowana w Formularzu ofertowym liczba zajęć terapii przez Wykonawcę wykonana była w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31.03.2022r. obejmowała:</p> <p>Zajęcia odbywać się będą w godzinach otwarcia placówki fundacji tj. w godz. 7.00-19.00 od poniedziałku do piątku, oraz od 7.00 do 19.00 w soboty, w dniach i godzinach dostosowanych do indywidualnych możliwości i potrzeb beneficjentów projektu.</p>
5.	Termin realizacji	Termin realizacji zamówienia od dnia podpisania umowy do 31.03.2022r.
6.	Miejsce realizacji	Fundacja „Stella” im. Agaty Orłowskiej
7.	Forma zaangażowania	umowa cywilnoprawna, umowa współpracy
8.	Osoba/osoby realizująca/realizujące usługę	<p>a. posiada/posiadają kwalifikacje do wykonania usługi prowadzenia formy wsparcia projektu potwierdzone dyplomami lub certyfikatami lub zaświadczeniami lub innym dokumentem uprawniającym go do wykonania realizacji zadań oferty, w tym:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dyplomy potwierdzające: wykształcenie kierunkowe lub inne uprawniające do prowadzenia formy wsparcia;</li> </ol> <p>a. posiada minimum roczne doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w tym w szczególności w pracy z osobami cierpiącymi na schorzenia: autyzm, Zespół Downa, DMP, rozszczep kręgosłupa, przepukliną oponowo-rdzeniową, stwardnieniem guzowatym, opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami ze schorzeniami rzadkimi (wadami genetycznymi) oraz z osobami po przebytych udarach mózgu i innymi schorzeniami genetycznymi oraz nabytymi.</p>
9.	Dodatkowe informacje	<p>Negocjacje z Oferentami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zamawiający zastrzega sobie prawo do negocjacji z Oferentem, którego oferta zostanie wybrana, jako najkorzystniejsza oraz prawo do odstąpienia od zlecenia zamówienia, w przypadku niezyskania porozumienia w toku prowadzonych negocjacji;</li> <li>- Zamawiający jest uprawniony do wyboru kolejnej najkorzystniejszej oferty w przypadku, gdy Oferent, którego oferta została uznana za najkorzystniejszą, odmówi wykonania zlecenia lub gdy podpisanie zlecenia z takim oferentem stało się niemożliwe z innych przyczyn;</li> <li>- Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania zaproszenia i/lub odstąpienia od ewentualnych negocjacji bez podania przyczyny. Z tego tytułu Oferentowi nie przysługują żadne roszczenia wobec Zamawiającego.</li> </ul> <p>Odrzucenie Oferty:</p>

		<p>Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- treść oferty nie będzie zgodna z treścią niniejszego ogłoszenia o naborze;</li> <li>- została złożona po terminie ustalonym w niniejszym ogłoszeniu, jako termin końcowy składania Ofert.</li> </ul> <p>Pozostałe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zamawiający zastrzega sobie prawo do modyfikacji ogłoszenia przed terminem składania ofert oraz unieważnienia postępowania na każdym etapie postępowania bez podania przyczyny;</li> <li>- Zamawiający poinformuje Oferenta, którego oferta wybrana zostanie, jako najkorzystniejsza, o fakcie wyboru Oferty.</li> </ul>
--	--	--

Zapoznałem/łam się / nie zapoznałem/łam\* się z założeniami formy wsparcia (opis zamieszczono poniżej).

Jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia niniejszym oświadczam, że oferowane przeze mnie usługi spełniają wszystkie wymagania Zamawiającego opisane w powyższej tabeli i zobowiązuję się do wykonania zamówienia zgodnie z tymi wymaganiami.

....., dnia .....-.....-2021 r.....  
(miejscowość) (podpis Wykonawcy)

**\*niepotrzebne skreślić**

Fundacja Stella im. Agaty Orłowskiej oświadcza, że Formularz Ofertowy posłuży, jako podstawa do przydzielenia zadań projektu do realizacji przez najodpowiedniejszych kandydatów.

## OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Kandydat oświadcza, że: w okresie co najmniej jednego roku przed złożeniem wniosku współpracował w sposób ciągły lub powtarzalny, był/nie był zatrudniony\*, świadczył cyklicznie usługi terapeutyczne/rehabilitacyjne/treningowe na rzecz Fundacji i jej podopiecznych/pacjentów, również w formie wolontariatu.

Jeśli tak proszę podać datę od kiedy .....

Kandydat oświadcza, że jest/nie jest\* członkiem Rady i/lub Zarządu Fundacji Stella im. Agaty Orłowskiej. Kandydat oświadcza, że jest/nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo ze Zleceniobiorcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zleceniobiorcy lub osobami wykonującymi w imieniu Zleceniobiorcy czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:

- 1) pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 2) pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Miejscowość, data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis składającego oświadczenie

*\*niepotrzebne skreślić*