



FORMULARZ OFERTOWY KANDYDATA DO REALIZACJI FORMY WSPARCIA
Terapia zdrowotna
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, z wadami mowy i słuchu. 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 indywidualnych zajęć z (podać liczbę) _____ beneficjentami projektu w łącznym wymiarze godzin rocznie _____ miesięcznie _____

b) cena brutto za 1 godzinę udzielonego wsparcia: _____

c) osobiste prowadzenie zajęć z beneficjentami projektu 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.

....., dnia-.....-2024 r.
(miejscowość) (podpis Wykonawcy)

***niepotrzebne skreślić**

Fundacja Stella im. Agaty Orłowskiej oświadcza, że Formularz Deklaracji ma jedynie formę informacyjną, która 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*