

ZAPYTANIE OFERTOWE uzupełniające na obsługę urządzeń na sali rehabilitacyjnej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”

Nr postępowania: 5a/2021/PFRON/P5 data: 01 października 2021r.

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi
ul. ks. bp. W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź, lodz@ptsr.org.pl

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza składania ofert częściowych.

WYKONAWCA nie może powierzyć wykonania zamówienia ani jego części podwykonawcom.

WYKONAWCA ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo do unieważnienia procedury zapytania ofertowego w każdym momencie trwania procedury bez podania przyczyny.

ZAMAWIAJĄCY może odstąpić od podpisania umowy bez podania przyczyny.

ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza możliwości negocjacji cenowej.

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

W sali rehabilitacyjnej odbywają się zajęcia usprawniające naszych chorych i przygotowujące ich do uczestnictwa w innych formach wsparcia. Chorzy ćwiczą w dwóch grupach pod opieką 2 osób (rehabilitant i osoba po szkoleniach z zakresu obsługi urządzeń zabiegowych) przez 4 godziny dziennie w poniedziałki, czwartki i niektóre środy i piątki w miesiącu (jedna grupa ćwiczy przez średnio 41 godz. w miesiącu) przez okres 12 miesięcy.

Jedna grupa w godzinach przedpołudniowych, a druga grupa w godzinach popołudniowych. W zajęciach uczestniczy śr. 8 osób ze znacznym, umiarkowanym lub lekkim stopniem niepełnosprawności. Zajęcia odbywają się w grupie w zależności od potrzeb jednostki i aktualnego stanu zdrowia. Szczególną troską objęci są uczestnicy poruszający się na wózku inwalidzkim ze względu na zagrożenie odleżynami, pogłębianiem się przykurczy mięśniowych, a co za tym idzie większym ograniczeniem samoobsługowym i ruchowym.

Głównym celem rehabilitacji ruchowej jest przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności fizycznej i komfortu życia pacjenta. W trakcie współpracy z pacjentem wykorzystuje się różne metody terapeutyczne diagnozując i dopasowując możliwe terapie do potrzeb osoby niepełnosprawnej.

Zajęcia rehabilitacyjne odbywają się w sali rehabilitacyjnej, która wyposażona jest w sprzęt rehabilitacyjny do ćwiczeń ruchowych (m.in. steppery, wioślarz, rowerki, UGUL, bieżnia, masażery, materace, drabinki, piłki, walki, atlas) oraz zabiegów rehabilitacyjnych (m.in. System Medyczny Unittron, urządzenie do leczenia światłem SOLARIS, aparat do masażu uciskowego, platforma balansowa, aparat do elektroterapii).

Kwalifikacje prowadzących zajęcia:

Jednocześnie podczas zajęć na sali, chorych obsługiwać będą dwie osoby:

- **rehabilitant** – absolwent średniej szkoły medycznej, studiów licencjackich lub magisterskich, o kierunku rehabilitacja lub fizjoterapia;

specjalista w zakresie stosowania metod fizjoterapii. Osoba posiadająca doświadczenie w zakresie prowadzenia rehabilitacji osób niepełnosprawnych, w tym chorych na stwardnienie rozsiane. Fizjoterapeuci dysponują znaczną wiedzą medyczno-anatomiczną oraz sprawnością manualną i odpornością fizyczną.

- **obsługa urządzeń zabiegowych** – specjalista o interdyscyplinarnych kwalifikacjach zawodowych, bez realizacji procedur medycznych, osoba znająca obsługę urządzeń zabiegowych (System Medyczny Unittron, urządzenie do leczenia światłem SOLARIS, aparat do masażu uciskowego). Zajmie się uruchamianiem i obsługą elektronicznych urządzeń zabiegowych oraz aplikowaniem odpowiednich zabiegów, dostosowanych do stanu zdrowia chorych z uwzględnieniem przeciwwskazań medycznych.

Osoba składająca ofertę musi posiadać kwalifikacje odpowiadające zakresowi usługi, wykształcenie medyczne w kierunku: fizjoterapia bądź ratownik medyczny lub posiadać dokumenty (np. certyfikaty, zaświadczenia) potwierdzające wiedzę z zakresu przedmiotu zamówienia.

Doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM);
Przedmiot zamówienia świadczony będzie w sali rehabilitacyjnej PTSR O/Łódź.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85142100-7 – usługi fizjoterapii

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. listy obecności, formularze BO i inne)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- prowadzenie usług zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym przez Zamawiającego

5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,
- przekazanie wzoru karty ewidencji beneficjentów .
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, które będą brały udział w grupowych zajęciach na sali.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: październik 2021r. – marzec 2022r.
- miejsce: sala rehabilitacyjna w Polskim Towarzystwie Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi, ul. ks. bp. W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

Oferty Wykonawców nie spełniających warunków zdefiniowanych w zapytaniu nie będą rozpatrywane.

W celu potwierdzenia, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca przedłoży;

1. kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności,
2. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń (np. prawo wykonywania zawodu, dyplom)

Oferty Wykonawców nie spełniających warunków zdefiniowanych w zapytaniu nie będą rozpatrywane.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość wglądu w dokumenty potwierdzające spełnianie wyżej wymienionych warunków przed podpisaniem umowy na wykonanie usług.

Ubiegający się o udzielenie zamówienia ponosi koszty przygotowania i złożenia oferty. Zamawiający dopuszcza do składania ofert wyłącznie przez osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia oraz osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do wykonywania zawodu,
- kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.
- klauzula informacyjna z art.13 RODO – zgodnie z załącznikiem nr 3.
- oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w postępowaniu – zgodnie z załącznikiem nr 4.
- oświadczenie Wykonawcy o nieprzekroczeniu 276 godz. – zgodnie z załącznikiem nr 5.

9. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA

Rozliczenia prowadzone w PLN

10. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Ofertę należy przygotować w języku polskim dołączając do niej wszystkie niezbędne dokumenty stanowiące załączniki do zapytania ofertowego. Należy podać cenę brutto za 1 godzinę obsługi urzędzeń na sali dla grupy śr.8 osobowej. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: analizy dokumentacji medycznej, wystawienia stosownych zaświadczeń,, a także innych elementów niezbędnych do prawidłowego wykonania zamówienia.

Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania zapytania oraz obejmować koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należytej realizacji przedmiotu zamówienia.

11. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Karolina Guligowska – koordynator projektu tel. : 505 034 909

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **08.10.2021 r. do godz. 16.00** pocztą elektroniczną (w formie skanu) na email: lodz@ptsr.org.pl lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: ul. ks. bp. W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź , opatrzonej napisem:

ZAPYTANIE OFERTOWE uzupełniające na obsługę urządzeń na sali rehabilitacyjnej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”

W przypadku przesłania skanu oferty, oryginały dokumentów zostaną dostarczone przez Wykonawcę najpóźniej w dniu podpisania umowy.

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) – max 15 pkt. (waga 15%)

Cena zaproponowana za realizację usługi – max 75 pkt. (waga 75%)

Wykształcenie kierunkowe – max. 5 pkt. (waga 5%)

Kursy specjalistyczne w zakresie zapytania ofertowego (w ostatnich 5 latach) – max 5 pkt. (waga 5%)

14. SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY

Przesłane przez Państwa informacje będą brane pod uwagę przy wyborze najkorzystniejszej oferty wg. kryterium punktowego: max 100 pkt.

Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierować przy wyborze oferty:

Zasady oceny kryterium „Cena” – 75 pkt:

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 75 \text{ pkt.}$$

gdzie:

X_c - wartość punktowa ceny

C_{min} - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

C_i - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM)” - 15 pkt.:

- brak doświadczenia w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym – 0 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym powyżej 5 lat – 15 pkt.

Zasady oceny kryterium „Wykształcenie kierunkowe” - 5 pkt.:

- średnie – 0 pkt.
- licencjackie – 2 pkt.
- magisterskie – 5 pkt.

Zasady oceny kryterium „Kursy specjalistyczne w zakresie zapytania ofertowego (w ostatnich 5 latach)” - 5 pkt.:

- brak - 0 pkt.
- 1-2 szkolenia /kursy – 2 pkt.
- Powyżej 3 szkoleń/kursów – 5 pkt.

W przypadku uzyskania jednakowej liczby punktów przez Oferentów lub w przypadku wątpliwości dot. doświadczenia i kwalifikacji Oferentów, Zamawiający przeprowadzi rozmowy kwalifikacyjne, których wynik łącznie z uzyskaną punktacją zdecyduje o dokonaniu ostatecznego wyboru. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru kilku ofert i podziału przedmiotu zamówienia między kilku wykonawców.

15. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY

Informacja o wyniku postępowania wysłana będzie do każdego wykonawcy, który złożył ofertę oraz umieszczona zostanie na stronie internetowej www.lodz.ptsr.org.pl. Umowa z wykonawcą zostanie zawarta przed podjęciem współpracy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.

16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania w szczególności, jeżeli:

- a. cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższają kwotę, którą Zamawiający może przeznaczyć na realizację zamówienia,
- b. wystąpiła zmiana okoliczności powodująca, że wykonanie zamówienia nie leży już w interesie Zamawiającego, o czym Zamawiający poinformuje wykonawców przed upływem terminu składania ofert.

18. FINANSOWANIE

Zamówienie jest współfinansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanim osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:
 - a. uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
 - b. posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
 - c. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź
Tel./fax: 42 649-18-03

- d. 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.
2. Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych, a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi do zawarcia umowy. PTSR Oddział w Łodzi może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Załącznik nr 3 – Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

Załącznik nr 4 – Oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w postępowaniu.

Załącznik nr 5 – Oświadczenie Wykonawcy o nieprzekraczaniu 276 godz..



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź
Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego uzupełniającego nr **5a/2021/PFRON/P5** data: **01 października 2021r.** w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” uzupełniające nr **5a/2021/PFRON/P5** data: **01 października 2021r.** na obsługę urządzeń na Sali rehabilitacyjnej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**”

Przedmiot zamówienia	Kwota brutto za 1 godz. obsługi urządzeń na Sali rehabilitacyjnej*
1 godzina obsługi urządzeń na Sali rehabilitacyjnej dla osób chorych, zawierająca koszty dojazdu do sali rehabilitacyjnej	

.....
podpis Wykonawcy

**cena brutto tzn. musi uwzględniać wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania zamówienia oraz składki na ubezpieczenie społecznie i zdrowotne, których obowiązek regulowania wynika z aktualnie obowiązujących przepisów zarówno przez Wykonawcę oraz Zamawiającego (tj. płaca Wykonawcy brutto oraz narzuty na wynagrodzenie ze strony Zamawiającego).*

Doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM):

LP.	Daty (od – do) (dzień, miesiąc, rok)	Nazwa Pracodawcy	Obowiązki	Stanowisko

.....
podpis Wykonawcy



....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego uzupełniającego nr **5a/2021/PFRON/P5** data: **01 października 2021r.** w ramach realizowanego projektu: „„**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a)

oświadczam, że Wykonawca jest/nie jest* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:

- a. uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b. posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
- c. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d. 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.

..... dnia

.....
podpis Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

Klauzula informacyjna z art. 13 RODO w celu związanym
z postępowaniem o udzielenie zamówienia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi, 90-349 Łódź ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18**
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego **nr postępowania: 5a/2021/PFRON/P5 data: 01 października 2021r. z zachowaniem zasady konkurencyjności;**
- odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania o Umowę o dofinansowanie Projektu w ramach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Umową o dofinansowanie Projektu w ramach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania;
- obowiązek podania przez osobę fizyczną danych osobowych bezpośrednio jej dotyczących jest wymogiem określonym w przepisach wytycznych, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z wytycznych;
- w odniesieniu do danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- osoba fizyczna posiada:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych, które jej dotyczą;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania swoich danych osobowych (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba fizyczna uzna, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących narusza przepisy RODO;
- osobie fizycznej nie przysługuje:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź
Tel./fax: 42 649-18-03

-
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.**

.....
Zapoznałem/zapoznałam się i wyrażam zgodę
(Data i podpis)



Imię i nazwisko Wykonawcy:

Adres:

Tel. kontaktowy:

e-mail:

Dotyczy zapytania ofertowego uzupełniającego nr **5a/2021/PFRON/P5** data: **01 października 2021r.** w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oświadczam, że przystępując po przedmiotowego postępowania spełniam warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności objętej przedmiotem zamówienia, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania doświadczenia w realizacji usług będących przedmiotem zamówienia;

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 kk.

.....
(imię i nazwisko, podpis Wykonawcy)



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź
Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik 5 do zapytania ofertowego

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPRZEKRACZANIU
276 GODZIN ŁĄCZNEGO ZAANGAŻOWANIA ZAWODOWEGO MIESIĘCZNIE***

Nazwa / Imię i nazwisko Wykonawcy:

Adres:

.....

.....

.....

Tel.

E-mail:

Ja niżej podpisany(a)

oświadczam, że po uwzględnieniu liczby godzin związanych z niniejszym zamówieniem moje łączne zaangażowanie zawodowe nie przekracza 276 godzin miesięcznie.

.....
podpis Wykonawcy

*** Dotyczy osób fizycznych, prowadzących i nieprowadzących działalności gospodarczej, które będą osobiście realizować zamówienie.**