

**ZAPYTANIE OFERTOWE UZUPEŁNIAJĄCE**  
**na przeprowadzenie indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych**  
**dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu:**  
**„Sprawić Moc 5”**

Nr postępowania: 1d/2021/PFRON/SM5 data: 18.10.2021 r.

**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](mailto:lodz@ptsr.org.pl)

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.  
ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza składanie 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**

Przedmiotem zamówienia są indywidualnie zajęcia rehabilitacyjne w warunkach domowych prowadzone dla średnio 200 osób posiadających znaczny (a w wyjątkowych przypadkach) umiarkowany stopień niepełnosprawności po średnio 50 godzin zabiegowych na osobę, którym aktualny stan zdrowia uniemożliwia korzystanie z innych form rehabilitacji. Zajęcia będą trwały średnio 1 godzinę (z uwagi na stan zdrowia lub konieczność wynikającą z pilnej potrzeby usprawnienia zajęcia mogą trwać 1,5 lub 2h). **Zajęcia będą prowadzone na terenie woj. łódzkiego, woj. kujawsko-pomorskiego, woj. wielkopolskiego, woj. zachodniopomorskiego.**

Zabiegi rehabilitacyjne prowadzone będą dla osób, u których nastąpił rzut choroby (gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia) i które z tego powodu musiały przerwać inne formy rehabilitacji oraz dla osób od wielu lat leżących lub poruszających się tylko za pomocą wózka inwalidzkiego i wymagających pełnej pomocy i wsparcia. W zależności od wskazań lekarskich (wymienionych w IPD) oraz stanu pacjenta, jego możliwości i potrzeb, przepisane będą następujące zabiegi; masaż ręczny klasyczny, ćwiczenia bierne i czynno -bierne, masaże stawu biodrowego, redukcja chodu, ćwiczenia wzmacniające, masaże kończyn dolnych i kończyn górnych, ćwiczenia równoważne, pionizacja, ćwiczenia rozluźniające, udzielanie porad z zakresu dalszych ćwiczeń samodzielnych lub przy pomocy rodziny, udzielanie informacji o istniejącym sprzęcie rehabilitacyjnym pomocniczym, naukę prawidłowej pielęgnacji leżącego. Zaproponowane ćwiczenia mają poprawić u osób chorych kondycję fizyczną, stan funkcjonalny, a także zmniejszyć ryzyko chorób cywilizacyjnych wynikających z niskiej aktywności ruchowej.

**Wymagania:**

Rehabilitacja domowa prowadzona będzie przez absolwentów szkół medycznych, studiów licencjackich lub magisterskich, o kierunkach rehabilitacja lub fizjoterapia z ukończonymi kursami z zakresu najnowszych metod rehabilitacji (np. pnf, NDT- Bobath), specjalistów w

zakresie stosowania metod fizjoterapii. Specjaliści zatrudnieni do tej formy wsparcia obowiązkowo muszą posiadać aktualny wpis do Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

Ponadto specjaliści powinni posiadać doświadczenie w zakresie prowadzenia rehabilitacji osób z niepełnosprawnością fizyczną, w tym chorych na stwardnienie rozsiane. Fizjoterapeuci dysponują szeroką wiedzą medyczno-anatomiczną oraz wielką sprawnością manualną i odpornością fizyczną. Posiadają wieloletnie doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi fizycznie chorymi na SM.

### 3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85142100-7 – usługi fizjoterapii

### 4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- szczegółowe zapoznanie się indywidualnym planem działania zrealizowanym przez specjalistów z trzech dziedzin,
- profesjonalne dobranie programu rehabilitacji oraz metod wykorzystywanych w procesie usprawniania przypisanych pacjentowi ze względu na stan jego zdrowia, indywidualną specyfikę objawów choroby,
- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty zabiegowe, 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 zabiegowej,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie

### 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: listopad 2021r. – marzec 2022r.,
- miejsce: **woj. łódzkie, woj. kujawsko-pomorskie, woj. wielkopolskie, woj. zachodniopomorskie**

### 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 (KIF), dyplomy)

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 fizjoterapeuty (KIF),
- kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 3.
- 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 indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych dla 1 osoby. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: analizy dokumentacji medycznej, wystawienia stosownych zaświadczeń, dojazdu do pacjenta, 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**

Monika Koza – kierownik biura tel. : 42 649 18 03

#### **12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY**

Ofertę należy dostarczyć do dnia **25.10.2021 r. do godz. 16.00** pocztą elektroniczną (w formie skanu) na email: [lodz@ptsr.org.pl](mailto: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 na przeprowadzenie indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 5”.**

**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<sub>c</sub> - wartość punktowa ceny

C<sub>min</sub> - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

C<sub>i</sub> - 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](http://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,

- 
- 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..

....., dnia .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1d/2021/PFRON/SM5** data: **18.10.2021 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 5**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na **ZAPYTANIE OFERTOWE UZUPEŁNIAJĄCE na przeprowadzenie indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 5”**

Przedmiot zamówienia	Kwota brutto za przeprowadzenie 1 godz. indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych w woj. łódzkim	Kwota brutto za przeprowadzenie 1 godz. indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych w woj. kujawsko-pomorskim	Kwota brutto za przeprowadzenie 1 godz. indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych w woj. wielkopolskim	Kwota brutto za przeprowadzenie 1 godz. indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych w woj. zachodniopomorskim
<b>1 godz. Indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych</b>				

.....  
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

.....  
podpis Wykonawcy





....., dnia .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1d/2021/PFRON/SM5 data: 18.10.2021r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 5**” 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. bp. 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: 1d/2021/PFRON/SM5 data: 18.10.2021r. z zachowaniem zasady konkurencyjności;**
- odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Umowę o dofinansowanie Projektu w ramach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- 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;
  - 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 nr **1d/2021/PFRON/SM5** data: **18.10.2021r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 5**” 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.**