

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

Nr postępowania: 1e/2021/PFRON/SM5 data: 29.10.2021 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

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 **08.11.2021 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 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_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 powiązanym 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 **1e/2021/PFRON/SM5** data: **29.10.2021 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
1 godz. Indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych				

.....
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 **1e/2021/PFRON/SM5 data: 29.10.2021r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sprać 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:

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

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: 1e/2021/PFRON/SM5 data: 29.10.2021r. 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 **1e/2021/PFRON/SM5** data: **29.10.2021r.** 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.**