



Załącznik nr 1	Zapytanie ofertowe nr: 06/2022/KIF/EFS
----------------	--

### FORMULARZ OFERTY

Data:	
Imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy:	
Adres / siedziba:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia usług w zakresie **przeprowadzenia szkoleń dla fizjoterapeutów pn. Badanie fizjoterapeutyczne i dokumentacja medyczna w oparciu o ICF w województwie małopolskim**, przedstawiam poniżej ofertę wykonania usługi.

**1. Wynagrodzenie za przeprowadzenie szkoleń łącznie przez trenera prowadzącego i wspomagającego:**

Przeprowadzenie jednego szkolenia (30 godz. dydaktycznych) - ..... zł brutto\*

**Łącznie wynagrodzenie brutto\* (za przeprowadzenie 1 szkolenia) - ..... zł**

**Słownie:** .....

**2. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera prowadzącego:**

Liczba godzin przeprowadzonych kursów/szkoleń (minimum 80 godzin) - .....

**3. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera wspomagającego:**

Liczba godzin przeprowadzonych kursów/szkoleń (minimum 40 godzin) - .....

1. Ceny wskazane powyżej uwzględniają wszystkie koszty związane z realizacją umowy.
2. Ceny oferowane są cenami stałymi w okresie obowiązywania umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz przyjmuję bez zastrzeżeń wymagania zawarte w jej treści.
4. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, iż znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie zamówienia.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oferenta lub osoby  
uprawnionej do reprezentowania oferenta

\* Cena brutto obejmuje

- w przypadku osób fizycznych: podatek oraz składki ZUS należne zarówno od pracownika jak i pracodawcy
- w przypadku Oferentów prowadzących działalność gospodarczą: podatek VAT



Załącznik nr 2:

Zapytanie ofertowe nr: 06/2022/KIF/EFS

## OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCĄ

W związku ze złożeniem oferty na *przeprowadzenie szkoleń dla fizjoterapeutów pn. Badanie fizjoterapeutyczne i dokumentacja medyczna w oparciu o ICF w województwie małopolskim*, realizowanych w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych fizjoterapeutów odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

### **oświadczam, iż nie jestem/jestem\***

powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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 a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu, co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

**\* wybrać właściwe**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oferenta lub osoby  
uprawnionej do reprezentowania oferenta



Załącznik nr 3	Zapytanie ofertowe nr: 06/2022/KIF/EFS
----------------	--

**WYKAZ DOKUMENTUJĄCY POSIADANĄ WIEDZĘ I DOŚWIADCZENIE NIEZBĘDNE DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Oświadczam, że:

**1. Osoba skierowana do pełnienia funkcji trenera prowadzącego posiada:**

Imię i nazwisko	
Tytuł zawodowy	
Uczelnia, na której tytuł zawodowy został uzyskany	
Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty (nr PWZFz)	
Doświadczenie w pracy jako fizjoterapeuta (minimum 10 lat)	

Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/kursów z zakresu fizjoterapii o tematyce zgodnej z przedmiotem zamówienia:

Lp.	Odbiorca prac (nazwa instytucji)	Termin realizacji szkolenia	Nazwa szkolenia	Liczba godzin przypadająca na szkolenie

**2. Osoba skierowana do pełnienia funkcji trenera wspomagającego posiada:**

Imię i nazwisko	
Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty (nr PWZFz)	
Doświadczenie w pracy jako fizjoterapeuta (minimum 10 lat)	

Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/kursów z zakresu fizjoterapii o tematyce zgodnej z przedmiotem zamówienia:

Lp.	Odbiorca prac (nazwa instytucji)	Termin realizacji szkolenia	Nazwa szkolenia lub kursu	Liczba godzin przypadająca na szkolenie



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznikami do niniejszej oferty jest:

1. Skan/kopie dokumentów potwierdzających posiadanie wskazanego tytułu zawodowego.
2. Dowody potwierdzające należyte wykonanie usług uwzględnionych w wykazie.
3. Dowody potwierdzające wymagane doświadczenie w pracy jako fizjoterapeuta.

Oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszej ofercie są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej dotyczącej poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oferenta lub osoby  
uprawnionej do reprezentowania oferenta