



Nr postępowania: **DWR.3211.7.2025.FEW**

FORMULARZ OFERTOWY

Oferta na realizację:

Przeprowadzenie 20 diagnoz fizjoterapeutycznych (10 diagnoz w 2025 roku oraz 10 diagnoz w 2026 roku) wraz z przeprowadzeniem zajęć usprawniających w wymiarze 200 godzin (100 h zajęć w 2025 roku oraz 100 h zajęć w 2026 roku)

w ramach projektu pn. "Wsparcie deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej w podregionie kaliskim", realizowanym w ramach programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027, Priorytet 6: Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), nabór nr 7/FEWP.06.15-IZ.00-001/23 wniosek nr FEWP.06.15-IZ.00-0003/23.

Lp.	Wymagane Informacje	Informacje podane przez Wykonawcę
1.	Nazwa Wykonawcy/Imię i nazwisko (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę fizyczną/ w przypadku spółki cywilnej imię i nazwisko każdego ze współników)	
2.	Adres siedziby Wykonawcy/ oraz adres miejsca zamieszkania Wykonawcy (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę fizyczną/w przypadku spółki cywilnej – adres zamieszkania każdego ze Wspólników – gdy jest inny niż adres siedziby Wykonawcy):	
3.	Numer telefonu/ faksu:	
4.	Adres e-mail:	
5.	Osoby wyznaczone do kontaktu (w przypadku, gdy inne niż Wykonawca wskazany w pkt 1)	
6.	Numer telefonu osoby wyznaczonej do kontaktu (w przypadku, gdy inny niż numer telefonu Wykonawcy wskazany w pkt 3)	
7.	Adres e-mail osoby wyznaczonej do kontaktu (w przypadku, gdy inny niż e-mail Wykonawcy wskazany w pkt 4)	
8.	Numer REGON, NIP/PESEL (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę fizyczną/ w przypadku	



	spółki cywilnej PESEL każdego ze współników)	
9.	Rodzaj przedsiębiorstwa jakim jest Wykonawca¹ 1. Mikroprzedsiębiorstwo 2. Małe przedsiębiorstwo 3. Średnie przedsiębiorstwo	

W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie (konsorcja, spółki cywilne) należy do oferty załączyć pełnomocnictwo wyznaczające pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu albo reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia i zawarcia umowy w sprawie przedmiotowego zamówienia publicznego.

W pozostałych przypadkach - jeżeli pełnomocnictwo jest stosowane.

Treść pełnomocnictwa powinna dokładnie określać zakres umocowania.

Ja, niżej podpisany w odpowiedzi na zapytanie ofertowe Nr postępowania: **DWR.3211.7.2025.FEW** oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym zgodnie z poniższą kalkulacją:

Diagnoza fizjoterapeutyczna:

	Cena jednostkowa netto za 1 diagnozę	Cena jednostkowa brutto za 1 diagnozę	
1.	PLN	PLN	
słownie:		słownie:	

Zajęcia usprawniające:

	Cena jednostkowa netto za 1 h przeprowadzonych zajęć usprawniających	Cena jednostkowa brutto za 1 h przeprowadzonych zajęć usprawniających	
1.	PLN	PLN	
słownie:		słownie:	

1 Dotyczy tylko i wyłącznie podmiotów, które prowadzą działalność gospodarczą w myśl ustawy Prawo Przedsiębiorców.

Zaznaczyć rodzaj przedsiębiorstwa, jakim jest Wykonawca (w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno):

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

UWAGA! Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt niewypełniony (puste pole), Zamawiający uzna, iż Podmiot prowadzący działalność gospodarczą jest mikroprzedsiębiorstwem.

--	--

	Łączna suma netto za diagnozy i zajęcia usprawniające	Łączna suma za diagnozy i zajęcia usprawniające	
1.	PLN		PLN
słownie:		słownie:	

UWAGA! jeżeli po stronie Zamawiającego skutek realizacji zamówienia ma powstać obowiązek naliczania i odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne od wypłacanego wynagrodzenia, Wykonawca wskazuje cenę oferty powiększoną o kwotę tych składek.

Oświadczam, że:

- 1) posiadam uprawnienia i kwalifikacje, umożliwiające wykonanie w/w zamówienia oraz dysponuję potencjałem kadrowym i technicznym, odpowiednim do wykonania tego zamówienia,
- 2) w pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie wymienione warunki udziału w postępowaniu,
- 3) zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego i wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz spełniam warunki w nich zawarte,
- 4) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie niniejszego zamówienia,
- 5) do realizacji przedmiotu zamówienia wskazuje Panią/Pana*.....
(imię i nazwisko)
- 6) osoby, które będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia do wykonania tego zamówienia.
- 7) osoby wskazane do realizacji przedmiotu zamówienia są dyspozycyjne, będą obecne w zaplanowanym terminie i zaplanowanych godzinach realizacji zamówienia w miejscu ustalonym z Zamawiającym,
- 8) w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego według wzoru Zamawiającego oraz umów z zakresu przetwarzania danych osobowych według wzoru Zamawiającego,
- 9) realizacja usług będzie prowadzona zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym,
- 10) oferuję realizację usług zgodnie z podaną kalkulacją. Cena oferty uwzględnia wszystkie koszty wykonania zamówienia (w tym koszty podatkowe i ubezpieczeniowe leżące po stronie Zamawiającego związane z zawarciem umowy zlecenie),
- 11) jest*/nie jest* wobec Wykonawcy prowadzone żadne postępowanie upadłościowe bądź inne postępowanie zmierzające do likwidacji Wykonawcy (dotyczy prowadzących działalność gospodarczą),
- 12) oświadczam, że /posiadam*/ nie posiadam* /osoby wyznaczone do realizacji zamówienia posiadają*/nie posiadają* pełną zdolność do czynności prawnych i korzystania z pełni praw publicznych,
- 13) oświadczam, że posiadam*/nie posiadam*/ oraz osoby wyznaczone do realizacji zamówienia



Regionalny Ośrodek
Polityki Społecznej
w Poznaniu



WIELKOPOLSKA

- posiadają*/nie posiadają* przeciwwskazania zdrowotne do realizacji przedmiotu zamówienia, zgodnie z niniejszym zapytaniem,
- 14) oświadczam, że jestem*/nie jestem* oraz że osoby wyznaczone do realizacji zamówienia są*/nie są* skazane prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- 15) oświadczam, że figuruję*/nie figuruję* oraz że osoby wyznaczone do realizacji zamówienia figurują*/nie figurują* w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, zgodnie z art. 21 ust 2 ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym,
- 16) oświadczam, że figuruję*/nie figuruję* oraz że osoby wyznaczone do realizacji zamówienia figurują*/nie figurują* w Krajowym Rejestrze Karnym, zgodnie z art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.

* niewłaściwe skreślić

Integralnymi załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1. Oświadczenie potwierdzające spełnienie warunków udziału w postępowaniu oraz o braku powiązań osobowych lub kapitałowych pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym (Załącznik nr 2);
2. Pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający reprezentację – jeśli dotyczy;
3. Oświadczenie o niekaralności osób wskazanych do realizacji przedmiotów zamówienia (Załącznik nr 4);
4. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego osób wskazanych do realizacji przedmiotu zamówienia wyznaczonych do realizacji zadania (do przedłożenia przed zawarciem umowy).

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Wykonawcy)

Przedsięwzięcie realizowane w ramach projektu nr FEWP.06.15-IZ.00-0003/23 pn. "Wsparcie deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej w podregionie kaliskim", realizowanym w ramach programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027, Priorytet 6: Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), nabór nr 7/FEWP.06.15-IZ.00-001/23 wniosek nr FEWP.06.15-IZ.00-0003/23.



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO