



Załącznik nr 1
do zapytania ofertowego/DDOM/ZOK/2017

.....
Pieczęć Wykonawcy (jeśli dotyczy)

Oświadczenie dotyczące braku powiązań osobowych lub kapitałowych

Niniejszym oświadczam, iż jako Oferent nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym - Caritas Archidiecezji Gdańskiej, al. Niepodległości 778, Sopot 81-805.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Beneficjenta lub wykonującymi w imieniu Beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i prowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. Posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. Pozostawaniu 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.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy



Załącznik 2
do zapytania ofertowego nr/DDOM/ZOK/2017

.....
Pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

Caritas Archidiecezji Gdańskiej
Al. Niepodległości 778
81-805 Sopot

FORMULARZ OFERTOWY

.....
Pełna nazwa Wykonawcy / lub imię i nazwisko

.....
Siedziba / lub adres zamieszkania oraz adres do korespondencji

.....
NIP / lub PESEL

.....
REGON (jeżeli dotyczy)

.....
Nr telefonu

.....
Nr faxu

.....
e-mail:

w nawiązaniu do zapytania ofertowego numer/DDOM/ZOK/2017 na usługi w zakresie zdrowia, w ramach projektu numer POWR.05.02.00-00-0139/15 tytuł „Dzienny Dom Opieki Medycznej”, realizowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, składam swoją ofertę na:

Zakres: Konsultacje psychologiczne

Lp.	Przedmiot zamówienia	Cena brutto za godzinę* (w PLN)	Ilość	Łączna cena brutto za całość zamówienia (w PLN)
1	Udzielanie konsultacji psychologicznych dla pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej w okresie od 01 grudnia 2017 r. do 30 czerwiec 2018 r. w wymiarze 40h miesięcznie.	 godz.	
2	Posiadane doświadczenia w pracy z osobami przewlekle chorymi lub starszymi na podstawie przedstawionych dokumentów (w latach):			

Ponadto oświadczam, że:

- Spełniam warunki określone w Zapytaniu ofertowym w trybie zasady konkurencyjności na usługi w zakresie zdrowia – numer/DDOM/ZOK/2017 w tym:
 - posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,
 - posiadam wiedzę i doświadczenie,
 - dysponuję odpowiednim potencjałem,



- znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
- nie zalegam ze zobowiązaniami względem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego,
- spełniam warunki określone w/w zapytaniu ofertowym dla konsultacji psychologicznych tj.: w zakresie konsultacji psychologicznych o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci, którzy:
 - a) posiadają dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji albo spełniają warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.) albo
 - b) ukończyli podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyli podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia albo
 - c) posiadają zaświadczenie, zwane dalej "certyfikatem psychoterapeuty", poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończone egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego w skład, której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty - zwana dalej "osobą prowadzącą psychoterapię", lub osoby, o której mowa w lit. a, posiadająca status osoby uczestniczącej, co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu, o którym mowa w lit. b, oraz posiadająca zaświadczenie wydane przez podmiot prowadzący kształcenie oraz pracująca pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty, zwana dalej "osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty".
 - d) posiadają doświadczenie w pracy z osobami przewlekle chorymi lub starszymi - min. 2 lata.
- 2. Wykonam przedmiot zamówienia z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, etyki zawodowej z poszanowaniem praw pacjenta;
- 3. Obliczona cena ofertowa uwzględni wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, jakie będzie musiał ponieść Wykonawca, a w szczególności podatek VAT (jeśli dotyczy), a w przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej zawiera wszelkie pochodne od wynagrodzeń po stronie Zamawiającego (jeśli dotyczy).
- 4. Zapoznałem/am się z warunkami przeprowadzanego postępowania i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- 5. Jestem przeszkolona/y w zakresie bhp i p. poż..



6. Uważam się za związaną niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w stosownych terminach.
8. Moje łączne zaangażowanie zawodowe (wszystkie formy zaangażowania zawodowego tj. stosunek pracy stosunek cywilnoprawny, samozatrudnienie oraz inne formy zaangażowania) w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, **nie przekracza 276 godzin miesięcznie;**

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczeńć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy



Załącznik nr 3
do zapytania ofertowego/DDOM/ZOK/2017

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG / DOŚWIADCZENIA

Lp.	Rodzaj świadczonych usług, wykonywanej pracy (zwięzły, krótki opis)	Nazwa, adres i telefon Zamawiającego / Pracodawcy	Okres od-do

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń
woli w imieniu Wykonawcy