**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.**

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

NR KRS – 00002500058

NR NIP – 6342637519

NR REGON – 240289569

W związku z przystąpieniem do realizacji projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”, dla którego zamawiający otrzymał dofinansowanie w ramach Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 – zapraszamy wszystkie podmioty spełniające określone poniżej warunki do składania ofert na realizację przedmiotu niniejszego zapytania ofertowego.

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR 07\_AU\_2020**

**Przedmiot zamówienia:**

Usługi logopedyczne na rzecz uczestników projektu„Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu   
i osób z ich otoczenia”

**Kody CPV:**

80340000-9 usługi edukacji specjalnej

80110000-8 usługi szkolnictwa przedszkolnego

Katowice, 01 czerwca 2020

1. **Postanowienia ogólne.**

Postępowanie na usługi logopedyczne na rzecz uczestników projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób   
z ich otoczenia” prowadzone będzie w trybie rozeznania rynku określonej w Wytycznych   
w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 oraz w oparciu o „Regulamin postępowania o udzielenie zamówienia” obowiązujący   
w MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

Podstawowym dokumentem regulującym i rozstrzygającym o wszelkich sprawach związanych   
z postępowaniem o udzielenie zamówienia jest treść niniejszych „Warunków”.

W dokumencie tym zawarte są w szczególności:

* warunki[[1]](#footnote-1) przedmiotowe i podmiotowe wymagane od wykonawców,
* kryteria[[2]](#footnote-2) oceny i wyboru ofert,

Zamówienie w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” będzie współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014–2020, oś priorytetowa IX. Włączenie społeczne, działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, poddziałanie 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych – konkurs.

1. **Przedmiot zamówienia.**
   1. **Kody i nazwy według Wspólnego Słownika Zamówień CPV:**

80340000-9 usługi edukacji specjalnej

80110000-8 usługi szkolnictwa przedszkolnego

* 1. **Opis przedmiotu zamówienia.**

Przedmiotem zamówienia są: usługi logopedyczne na rzecz uczestników projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”

* 1. **Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.**

Świadczeniu usługi polegającej na prowadzeniu zajęć z terapii logopedycznej: w ilości 336 godzin

W ramach realizacji zamówienia, obowiązki Wykonawcy w szczególności będą obejmowały:

* Prowadzenie badań logopedycznych z wykorzystaniem różnych narzędzi badawczych,   
  w celu ustalenia stanu rozwoju mowy i zaburzeń w komunikowaniu;
* Ocenianie i interpretowanie wyników badań oraz formułowanie wskazań logopedycznych;
* Ustalanie logopedycznego postępowania korekcyjno-terapeutycznego;
* Ocenę, diagnozę i terapię logopedyczną dzieci;
* Opracowywanie, adaptowanie oraz weryfikowanie narzędzi badawczych do diagnozy   
  i terapii logopedycznej;
* Prowadzenie pracy profilaktycznej i terapeutycznej w celu likwidowania lub zmniejszenia zaburzeń mowy i zaburzeń komunikacji językowej;
* Zamawiający przewiduje zatrudnienie: 1-2 osób na stanowisku logopedy.
* Realizacja całego zamówienia w okresie: czerwiec 2020 – grudnia 2020.
* Zamówienie będzie realizowane w Katowicach, ul. Dąbrowskiego 24/1.
* Zadaniem Wykonawcy usług jest świadczenie usługi na rzecz uczestników projektu w dni robocze w godz. od 8.00 do 19.00 oraz w soboty do godz. 18.00.
* Termin i godziny będą uzależnione od dyspozycyjności pacjenta i jego opiekuna oraz harmonogramu czynności ustalonego po dokonaniu oceny potrzeb uczestników projektu   
  w zakresie diagnozy, terapii i rehabilitacji zatwierdzonego przez koordynatora projektu. Szczegółowe terminy wykonania usługi – wg grafika miesięcznego po wcześniejszym uzgodnieniu.
* Koszt dojazdu do miejsca usług należy wkalkulować w cenę usługi
* Wykonawca w zakresie realizacji zamówienia będzie prowadzić:
* Zbiorcze zestawienie dotyczące prowadzonych zajęć logopedycznych zawierających imię i nazwisko uczestnika dziecka / opiekuna, datę, godzinę zajęć, podpis terapeuty i podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka korzystającego   
  z zajęć;
* Indywidualną kartę uczestnika projektu, zawierającą: imię i nazwisko uczestnika (dziecka /rodzica-opiekuna), datę i godzinę zajęć, podpis terapeuty i podpis rodzica lub opiekuna prawnego dziecka korzystającego z zajęć.
* Wzory w/w dokumentów Zamawiający dostarczy Wykonawcy.
* Rozliczenie wykonania umowy następować będzie na podstawie prowadzonych dla wykonawców usług list obecności oraz prowadzonej dokumentacji, w których uwidocznione będą dane Wykonawcy, dane odbiorcy usług, data i zakres usługi. Wskazane dane potwierdzane będą podpisem Wykonawcy. Kompletna dokumentacja stanowić będzie podstawę obliczenia wynagrodzenia należnego Wykonawcy.
* Wykonawca udokumentuje świadczone usługi w formie papierowej dokumentacji.
* Zamówienie będzie realizowane po ustaleniu potrzeb uczestników projektu przez lekarzy dokonujących diagnozy oraz monitoringu osób ze spektrum autyzmu będących uczestnikami projektu.
  1. **Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia.**

1. Zamówienie będzie realizowane po ustaleniu potrzeb uczestników projektu przez lekarzy dokonujących diagnozy oraz monitoringu osób ze spektrum autyzmu będących uczestnikami projektu.
2. Realizacja całego zamówienia w okresie: czerwiec 2020 – grudnia 2020 z możliwością przedłużenia.
3. **Wymagania Zamawiającego względem wykonawców.**
4. Wykonawca powinien wskazać 1-2 osoby - co zabezpieczy świadczenie usług logopedycznych, które będą wykonywane w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”.
5. W celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu, Wykonawca musi załączyć do oferty zestawienie informacji o osobach, które będą uczestniczyć   
   w wykonywaniu zamówienia wraz z informacją na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia. Wykaz należy sporządzić zgodnie z **załącznikiem nr 1** do niniejszego zamówienia.
6. W celu potwierdzenia kwalifikacji zawodowych oraz wykształcenia osób ujętych   
   w zestawieniu, o którym mowa powyżej, Wykonawca zobowiązany jest do złożenia   
    ofertą kopii dyplomów, świadectw, licencji, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
7. **Powody wykluczenia z postępowania.**

Wykluczeniu z postępowania podlegają podmioty, które są powiązane kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań   
w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, podlegające   
w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika   
   z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ w wytycznych programowych,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowacenia drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
5. **Opis sposobu dokonywania oceny spełnienia ww. warunku udziały w postępowaniu oraz powodów wykluczenia z postępowania.**
6. Ocena spełniania warunku udziału w postępowaniu oraz istnienia powodów wykluczenia   
   z postępowania nastąpi na podstawie wymienionych w punkcie X dokumentów   
   i oświadczeń złożonych przez Wykonawcę wraz z ofertą.
7. Ocena zostanie dokonana według formuły: „warunek udziału zostanie spełniony”; „warunek udziału nie został spełniony”; „powód wykluczenia istnieje”; „powód wykluczenia nie istnieje”.
8. **Kryteria oceny ofert: opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów oraz sposobu oceny ofert.**

**Kryteria oceny złożonych ofert:**

Zamawiający oceni i porówna jedynie oferty złożone przez Wykonawców, którzy spełnią warunek udziału w postępowaniu i nie zostali wykluczeni z niniejszego postępowania przez Zamawiającego.

Oferty zostaną ocenione przez Zamawiającego w oparciu o następujące kryteria:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis kryteriów oceny** | **Znaczenie w %** |
| 1. | Cena | 60 |
| 2. | Doświadczenie osoby/osób, które będą realizować usługi logopedyczne | 40 |

Sposób oceny ofert:

1. Ocena wg kryterium nr 1 „Cena”

W celu wyboru najkorzystniejszej oferty, Zamawiający będzie się posługiwał następującym wzorem:

Pmin

An= -------------------------- x 60pkt

Pn

An – liczba punktów przyznanych ofercie podlegającej ocenie za kryterium „Cena”

P min – cena minimalna wśród ważnych ofert

Pn – cena zaproponowana przez Wykonawcę w danej ofercie

1. Ocena wg kryterium nr 2 „Doświadczenie osoby/osób, które będą realizować usługi logopedyczne”

Oferta otrzyma odpowiednią liczbę punktów za doświadczenie rozumiane jako wykonywanie przez wskazaną osobę /osoby usług logopedycznych na podstawie umowy cywilnoprawnej lub w ramach prowadzenia działalności gospodarczej tożsamej z przedmiotem zamówienia.

W celu wyboru najkorzystniejszej oferty, Zamawiający przyzna ofercie punkty zgodnie   
z zasadami opisanymi w poniższej tabeli:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Waga** | **Znaczenie w punktach** |
| 1. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres wynoszący maksymalnie 6 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące mniej, niż 90 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). | 0 |
| 2. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres przekraczający 6 miesięcy i nie przekraczający 12 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące łączny wymiar od 90 godzin do 179 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). | 10 |
| 3. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres przekraczający 12 miesięcy i nie przekraczający 18 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące łączny wymiar od 180 godzin do 269 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). | 20 |
| 4. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres przekraczający 18 miesięcy i nie przekraczający 24 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące łączny wymiar od 270 godzin do 359 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). | 30 |
| 5. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres dłuższy, niż 24 miesiące (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące więcej, niż 359 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). | 40 |

W związku z wyżej opisanym kryterium oceny, Wykonawca ma obowiązek zawrzeć informacje dotyczące doświadczenia zawodowego wskazanej osoby w załączonym do zamówienia zestawieniu, sporządzonym zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 2** do zapytania ofertowego.

1. Maksymalna liczna punktów wynosi 100.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która w ramach przedstawionych powyżej kryteriów otrzyma największą liczbę (sumę) punktów (liczba punktów za kryterium nr 1 + liczba kryteriów nr 2)

Całkowita liczba punktów będzie zaokrąglona do 2 miejsc po przecinku. Zamawiajmy będzie stosował zasadę, że podlegające zaokrągleniu liczby o wartościach 1 do 4 będą zaokrąglane   
w dół, a liczby o wartościach od 5 do 9 w górę.

1. **Sposób obliczania ceny**

Łączna ocena oferty powinna stanowić iloczyn ceny netto 1 godziny zegarowej zajęć   
i zaplanowanej godziny zajęć powiększony o kwotę podatku VAT lub o niezbędne składki   
w przypadku umowy zlecenia

Cena oferty powinna uwzględniać wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi zgodnie   
z opisem przedmiotu zamówienia, tzn. koszty, które powstaną w wyniku realizacji zapisów punktu 2, a są niezbędne do wykonania zamówienia. Cena oferty musi być podana w kwocie netto i brutto (obejmującej kwotę netto i kwotę podatku VAT lub o niezbędne składki   
w przypadku umowy zlecenia) i wyrażona w PLN.

Wykonawca powinien zaokrąglić cenę do dwóch miejsc po przecinku, stosując przy tym zasadę, że podlegające zaokrągleniu liczby o 1 do 4 będą zaokrąglane w dół, a liczby   
o wartościach od 5 do 9 w górę.

1. **Oferta powinna obejmować:**
2. Formularz ofertowy (zgodny ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 1** do zapytania ofertowego).
3. Zestawienie informacji o osobie / osobach, które będą wykonywać zamówienie (zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 2** do zapytania ofertowego).
4. Poświadczone przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osoby / osób ujętych w zestawieniu, o którym mowa powyżej.
5. Oświadczenie o braku przesłanek wykluczenia Wykonawcy, określonych w pkt. 4 zapytania ofertowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 3** do zapytania ofertowego.
6. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
7. Stosowne pełnomocnictwo(a) – w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania oferty nie wynika bezpośrednio ze złożonego w ramach oferty odpisu z właściwego rejestru lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Oferta oraz inne składane w postępowaniu dokumenty i oświadczenia muszą być podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.

1. **Miejsce oraz termin składania ofert.**
2. Wykonawca może złożyć jedną ofertę na wykonanie zamówienia. Złożenie przez Wykonawcę więcej niż jednej oferty spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez tego Wykonawcę.
3. Ofertę należy złożyć w terminie do 04.06.2020 r. do godziny 15.00 drogą pocztową, przesyłką kurierską lub osobiście w zamkniętej kopercie na adres Zamawiającego:

MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

1. Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR 07\_AU\_2020** MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

Oferta na usługi logopedycznych na rzecz uczestników   
projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”

Nazwa / nazwisko oraz adres Wykonawcy składającego ofertę.

W przypadku nieprawidłowego zaadresowania lub opisania opakowania oferty, Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za niewłaściwe skierowanie oferty lub jej przedterminowe otwarcie.

1. Należy dostarczyć ofertę do Zamawiającego w godzinach pracy Zamawiającego (liczy się data i godzina wpływu do siedziby Zamawiającego). Oferty, które wpłyną do Zamawiającego po wyżej określonym terminie, nie będą rozpatrywane.
2. **Wybór najkorzystniejszej oferty.**
3. Jeżeli nie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostały dwie lub więcej ofert przedstawiających taką samą ocenę punktową Zamawiający spośród tych ofert wybiera ofertę z najniższą ceną, a jeżeli zostały złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wzywa Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia   
   w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych.
4. Wykonawcy, składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych, niż zaoferowane w ofertach złożonych pierwotnie.
5. Po dokonaniu oceny ofert, a przed rozstrzygnięciem postępowania, Zamawiający wezwie Wykonawcę, którego oferta została uznana za najkorzystniejszą, do tego, żeby   
   w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie złożył referencje lub inne dokumenty potwierdzające informacje zawarte w zestawieniu informacji o osobie/osób, które będą wykonywać zamówienie (wzór zamówienia jest załącznikiem nr 2 do zapytania ofertowego).
6. Jeżeli Wykonawca nie złożył referencji lub innych dokumentów, o których mowa   
   w punkcie powyżej, Zamawiający może ponownie wezwać Wykonawcę do ich złożenia   
   w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Jeżeli złożone referencje / inne dokumenty budzą wątpliwości Zamawiającego, Zamawiający może wezwać Wykonawcę do przekazania niezbędnych informacji lub wyjaśnień w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Nie dokonanie przez Wykonawcę czynności, o których mowa w punkcie 10.3 i/lub 10.4 i/lub 10.5 będzie przez Zamawiającego uznane za uchylanie się przez Wykonawcę od podpisania umowy.
9. W przypadku, gdy Wykonawca, którego oferta została uznana za najkorzystniejszą, uchyli się od podpisania umowy, Zamawiający ma prawo do wyboru kolejnej najkorzystniejszej oferty, bez przeprowadzenia ponownego badania i oceny ofert.
10. O miejscu i terminie podpisania umowy Zamawiający powiadomi Wykonawcę, którego oferta została wybrana.
11. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania, na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.
12. Zmiany umowy mogą zostać dokonane pod warunkiem przedłożenia Zamawiającemu pisemnego uzasadnienia konieczności wprowadzenia zmiany, przedłożenia dokumentów potwierdzających konieczność zmiany oraz wyrażenia przez Zamawiającego zgody na tę zmianę.

**Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego

nr 7-AU-2020na wykonanie usług logopedycznych

z dn. 01.06.2020 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

Adres e-mail: ...........................................................................................

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usługi logopedyczne  
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” składam następującą ofertę na realizację usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych   
w zapytaniu ofertowym.

Złożona oferta powinna określać wynagrodzenie Wykonawcy za 1 godzinę zegarową świadczonej usługi, wynagrodzenie za całą usługę netto, przy oraz łączną cenę oferty netto   
i brutto – jak powyżej:

1. Cena netto za 1 (jedną) godzinę usług logopedycznych:
2. Ilość godzin:
3. Łączna cena netto c = (a x b)
4. Łączna cena brutto d = (a x b) x podatek VAT /lub niezbędne składki wynikające   
   z umowy zlecenia

Oświadczam, że:

* 1. w całkowitej cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania usługi w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym nr 7-AU-2020;
  2. zapoznałem się z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
  3. w pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie warunki i wymagania dotyczące udziału w postępowaniu;
  4. akceptuję wszystkie zapisy zapytania ofertowego nr 7-AU-2020i zapewniam należytą staranność, terminowość i dyspozycyjność przy realizacji przedmiotowego zamówienia;
  5. w przypadku wyboru mojej oferty wykonam dokumentację opisaną w zapytaniu ofertowym oraz wymaganą przez Zamawiającego;
  6. zobowiązuję się, że w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę w miejscu   
     i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego

nr 7-AU-2020na wykonanie usług logopedycznych

z dn. 01.06.2020 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

Adres e-mail: ...........................................................................................

**ZESTAWIENIE INFORMACJI O OSOBIE, KTÓRA BĘDZIE WYKONYWAĆ ZAMÓWIENIE**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usług logopedycznych  
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” do realizacji niniejszego zamówienia wskazuję poniższą osobę/osoby:

1. Imię i nazwisko ........................................................................................................................

2. wykształcenie/kwalifikacje.......................................................................................................

Osoba ta legitymuje się następującym doświadczeniem (należy wpisać X w odpowiednim wierszu):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Doświadczenie** | **Należy zaznaczyć właściwe znakiem X** |
| 1. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres wynoszący maksymalnie 6 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące mniej, niż 90 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |
| 2. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres przekraczający 6 miesięcy i nie przekraczający 12 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące łączny wymiar od 90 godzin do 179 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |
| 3. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres przekraczający 12 miesięcy i nie przekraczający 18 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące łączny wymiar od 180 godzin do 269 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |
| 4. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres przekraczający 18 miesięcy i nie przekraczający 24 miesięcy (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące łączny wymiar od 270 godzin do 359 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |
| 5. | Doświadczenie w wykonywaniu pracy logopedy obejmujące okres dłuższy, niż 24 miesiące (w przypadku umowy o pracę/prowadzenia działalności gospodarczej) lub obejmujące więcej, niż 359 godzin (w przypadku umowy cywilnoprawnej). |  |

Oświadczam/y, że wyżej wskazana osoba posiada odpowiednie kwalifikacje, zgodne   
z wymaganiami Zamawiającego, oraz jest zdolna do wykonania zamówienia opisanego   
w zapytaniu ofertowym.

Ponadto oświadczam/y, że na żądanie Zamawiającego przedstawię/my świadectwa pracy/zaświadczenia lub referencje potwierdzające informacje zawarte w powyższym zdaniu.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 3** do zapytania ofertowego

nr 7-AU-2020na wykonanie usług logopedycznych

z dn. 01.06.2020 r.

**ZAMAWIAJĄCY:**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko: ...........................................................................................

Adres siedziby/adres zamieszkania: ...........................................................................................

Tel./fax.: ...........................................................................................

Adres e-mail: ...........................................................................................

**OŚWIADCZENIE**

**o braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. realizacji zamówienia pn.: usług logopedycznych  
w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci   
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązany(i) z Zamawiającym kapitałowo lub osobowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane   
z przeprowadzeniem 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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
  3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
  4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa   
     w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia   
     w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Miejscowość, dn. ……………………………………. …………………………………….

podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 4** do zapytania ofertowego

nr 7-AU-2020na wykonanie usługi świadczonej przez psychologa

z dn. 01.06.2020 r.

………………………………………………..

**Klauzula Informacyjna:**

Zgodnie z art. 13 ust.2 i art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych w związku z realizacją umowy   
o dofinansowanie Projektu w ramach Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usług społeczne i zdrowotne, Poddziałania: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Umowa nr: UDA-RPSL.09.02.06-24-06A7/17-) dofinansowanie Projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu;  
i osób z ich otoczenia” jest MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. ul. Czerwińskiego 8-10; 40-123Katowice

Z administratorem danych osobowych można się skontaktować poprzez adres mailowy: projekt.[multiklinika@gmail.com](mailto:multiklinika@gmail.com) , telefonicznie pod nr 32 258-30-61lub pisemnie na adres siedziby.

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny System teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju   
z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest (dane kontaktowe): Nie dotyczy

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu oraz zakresie niezbędnym do jego realizacji. Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z realizacją projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu;  
i osób z ich otoczenia” realizowanego przez MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach,  
w związku z prowadzonym postępowaniem, realizacją umowy, celami archiwalnymi oraz statystycznymi na podstawie:

• Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego , Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i europejskiego Funduszu Morskiego i rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady WE nr 1083/2006;

• Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.   
w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady WE nr 1081/2006;

• Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;

• Rozporządzenia Wykonawczego Komisji UE nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE n 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazania Komisji określonych informacji między beneficjentem a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu, i sprawozdawczości oaz działań informacyjno – promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z realizacją projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu;  
i osób z ich otoczenia MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach w celu prowadzenia dokumentacji wynikających z przepisów prawa dotyczących:

* Rozpatrzenia złożonej oferty do zapytania,
* Stworzenia protokołu z rozeznania,
* Realizacji umowy
* Archiwizacji posiadanych dokumentów oraz danych.

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą (kategorie odbiorców):

W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt. 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych.

Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

Województwo Śląskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Śląskiego pełniący rolę „Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020”, innym organom kontrolnym, w których kompetencjach mieści się nadzór i kontrola prawidłowości realizacji zadań wynikających z odpowiednich przepisów prawnych, osobom fizycznym oraz innym osobom fizycznym oraz innym podmiotom, które na zlecenie MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach uczestniczą w realizacji projektu – na podstawie umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Pośredniczącej. Mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej kontrole i audyty w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej: tak/nie\*. W przypadku przekazywania Pani/Pana danych osobowych, może Pani/Pan uzyskać ich kopię. Sposób uzyskania kopii danych lub miejsce udostępnienia danych:

Nie dotyczy

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:

Dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji projektu i jego rozliczenia oraz do momentu zamknięcia i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacji w zależności od tego która z tych dat nastąpi później.

7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pana/Pani danych osobowych, przysługuje Pani/Panu:

a) prawo dostępu do treści danych osobowych na podstawie art. 15 Rozporządzenia;

b) prawo do sprostowania danych osobowych na podstawie art. 16 Rozporządzenia;

c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 18 Rozporządzenia; z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust.2 Rozporządzenia

d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia.

e) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy Pan/Pani uzna, że przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia

8. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pana/Pani danych osobowych, nie przysługuje Pani/Panu:

a) prawo do usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”) na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b ,d lub e Rozporządzenia;

b) prawo do przenoszenia danych osobowych na podstawie art. 20 Rozporządzenia;

c) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania na podstawie art. 21 Rozporządzenia

9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest (wybrać odpowiednio):

X wymogiem ustawowym

11. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania tak/nie\*. Zasady zautomatyzowanego podejmowania decyzji i informacje o znaczeniu i przewidywanych konsekwencjach zautomatyzowanego przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą:

Nie dotyczy

Składając formularz ofertowy Oferent oświadcza, iż zapoznał się z powyższą klauzurą informacyjną.

............................................................

Data, czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

1. **Warunek** to wymagania stawiane wykonawcom, który musi być przez nich bezwzględnie spełniony. Niespełnienie określonego warunku jest podstawą do odrzucenia oferty. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Kryterium** to wymaganie, które podlega ocenie. Oznacza to, że może być ono przez poszczególnych wykonawców   
   w lepszym lub gorszym stopniu spełnione w stosunku do wykonawcy, który to kryterium spełnia najkorzystniej dla Zamawiającego. [↑](#footnote-ref-2)