

POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE
29-100 WŁOSZCZOWA
ul. Wiśniowa 10, tel. 041/ 3944998
NIP 656-19-23-001
PCPR-RPO-MSu.-3610/2/17

Włoszczowa, dn. 18.01.2017r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE
ZGODNIE Z PROCEDURĄ ROZEZNANIA RYNKU**

„ORGANIZACJA ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNO-RUCHOWYCH”

W ramach projektu pn.: „STOPIEŃ WYŻEJ” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 dla EFS, Oś 9. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych.

1. Zamawiający:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa
NIP 656 192 30 01

2. Przedmiot zamówienia

1. Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie dla 4 dzieci w wieku od 3 do 6 lat, w tym dla 6-letniego dziecka ze zdiagnozowanym czterokończynowym dziecięcym porażeniem mózgowym następujących usług:
 - a) **wsparcie logopedyczne**- diagnozowanie logopedyczne, pomoc logopedyczna, terapia logopedyczna, podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powstawaniu zaburzeń komunikacji,
Miejsce realizacji usługi: Włoszczowa.
 - b) **zajęcia hipoterapeutyczne**,
Miejsce realizacji usługi: zgodnie z pkt 6,7
 - c) **zajęcia usprawniająco-rehabilitacyjne na basenie** z udoskonaleniem lub nauką pływania, prowadzone przez instruktora pływania,
Miejsce realizacji usługi: Włoszczowa.
 - d) **zajęcia rytmiczno-taneczne** - prowadzone przez wykwalifikowanego instruktora,
Miejsce realizacji usługi: Włoszczowa.
 - e) **zajęcia rehabilitacji ruchowej**
Miejsce realizacji usługi: Włoszczowa lub w miejscu zamieszkania dziecka.
2. Wybór rodzaju zajęć należy do uczestnika i jego opiekuna w zależności od potrzeb i z uwzględnieniem stanu psycho-fizycznego uczestnika zajęć.
3. Z przyczyn niezależnych zamawiający zastrzega prawo zmiany uczestnika rozpoczętych zajęć.
4. Dopuszcza się do dokonywania przez uczestnika zmian rodzaju zajęć, w których uczestniczy.

3. Termin realizacji

Od dnia podpisania umowy – do 11 maja 2018 r., w tym:

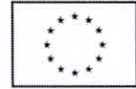
- rok 2017- 392 godz.

luty- czerwiec, wrzesień – grudzień - 98 godz. na jedno dziecko x 4 dzieci = 392 godz.

- rok 2018 - 216 godz.

styczeń- maj - 54 godz. na jedno dziecko x 4 dzieci = 216 godz.





Łączna liczba godzin to 608. (godzina = 60 minut)

Na każde dziecko przypada 152 godziny zajęć, tj:

- od lutego 2017r do grudnia 2017r – 98 godz. zajęć (nie więcej niż 4 godziny tygodniowo)

- od stycznia 2018r do maja 2018r - 54 godz. zajęć (nie więcej niż 4 godziny tygodniowo)

Częstotliwość udziału dziecka w zajęciach: nie częściej niż 3 razy w tygodniu. Dopuszcza się możliwość prowadzenia zajęć w soboty i niedzielę po uzgodnieniu z uczestnikiem i/lub jego opiekunem.

4. Liczba uczestników:

4 dzieci w wieku od 3 do 6 lat

5. Miejsce wykonywania usługi:

Teren Powiatu Włoszczowskiego

6. Zadania Wykonawcy:

1. Opracowanie harmonogramu zajęć w oparciu o bezpośredni kontakt z uczestnikami zajęć i ich opiekunami (dane kontaktowe zapewnia Zamawiający) oraz z Zamawiającym,
2. Zapewnienie kadry prowadzącej, posiadającej odpowiednie kwalifikacje do poszczególnych usług, wymienionych w punkcie 2.1 tj. przedmiot zamówienia.
3. Prowadzenie dziennika zajęć, w tym listy obecności oraz sporządzenie raportu końcowego z przeprowadzonych zajęć.
4. Umożliwienie przeprowadzenia kontroli wykonywanych działań pracownikom Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie,
5. Wykonawca zapewni lokal do prowadzenia zajęć- **wsparcia logopedycznego** spełniający wymogi bezpieczeństwa, wymogi akustyczne, oświetleniowe, a także instalację grzewczą oraz wszelkie niezbędne rzeczy i urządzenia do prowadzenia zajęć,
6. Wykonawca zapewni wykonanie usługi z **zajęć rehabilitacji ruchowej** w miejscu zamieszkania dziecka w przypadku takiej potrzeby.
7. Wykonawca jest zobowiązany do wykonania usługi- **zajęć hipoterapeutycznych**, w odległości nie większej niż 25 km, od siedziby Zamawiającego, w ośrodku przystosowanym do zajęć hipoterapii, posiadającym bazę koni rekreacyjnych przygotowanych do pełnej terapii ruchowej. W zależności od warunków pogodowych zajęcia hipoterapii mają być przeprowadzone pod zadaszeniem lub w terenie.
8. Wszelka dokumentacja dotycząca projektu musi mieć naniesione odpowiednio logotypy, których wzór Wykonawca otrzyma od Zamawiającego.
9. Wskazania osoby do kontaktu z Zamawiającym
10. Przekazywania w formie telefonicznej lub e-mail, niezwłocznie informacji o każdym uczestniku, który opuszcza spotkania lub posiada innego rodzaju zaległości.
11. Wykonawca będzie składał Zamawiającemu kwartalne raporty z ilości przeprowadzonych zajęć imiennie dla każdego uczestnika, w ciągu do 3 dni roboczych po zakończeniu kwartału.
12. Wykonawca będzie wystawiał częściowe (kwartalne) rachunki/ faktury na wykonaną usługę w terminach:
 - za realizację w 2017 r. - do 25 marca 2017, do 25 czerwca 2017, do 25 września 2017r, do 20 grudnia 2017,
 - za realizację w 2018 r. - do 25 marca 2017, do 18 maja 2018r.Pod faktury/ rachunki wykonawca podłączy szczegółowy wykaz (raporty) z przeprowadzonych zajęć.





7. Wymagania stawiane wykonawcom:

Wykonawca musi dysponować:

- 1) Celem realizacji wsparcia logopedycznego, o którym mowa w pkt. 2.1 lit. a – osobą, która:
 - ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia, obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
 - ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii, obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
 - rozpoczęła przed dniem wejścia w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii,
- 2) Celem prowadzenia zajęć hipoterapeutycznych, o których mowa w pkt. 2.1 lit. b – osobą, która posiada kwalifikacje zawodowe do pełnienia funkcji instruktora hipoterapii zgodnie z założeniami Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego,
- 3) Celem prowadzenia zajęć usprawniająco-rehabilitacyjnych na basenie, o których mowa w pkt. 2.1 lit. c – osobą, która posiada kwalifikacje do pełnienia funkcji instruktora pływania (licencja Polskiego Związku Pływackiego),
- 4) Celem prowadzenia zajęć rytmiczno-tanecznych, o których mowa w pkt. 2.1 lit. d – osobą, która posiada odpowiednie kwalifikacje do prowadzenia zajęć rytmiczno-tanecznych,
- 5) Celem prowadzenia zajęć rehabilitacji ruchowej, o których mowa w pkt. 2.1 lit. e – osobą, która:
 - ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowego technika fizjoterapii lub tytuł zawodowego magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia, lub
 - rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku, lub
 - rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub
 - rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub
 - rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej

Wykształcenie zweryfikowane zostanie na podstawie wykazu osób stanowiącego załącznik nr 2 do oferty, natomiast na dwa dni przed dniem wyznaczonym przez zamawiającego na dzień zawarcia umowy Wykonawca, który realizować będzie przedmiot zamówienia zobowiązany jest do przedłożenia kopii dokumentu potwierdzającego wykształcenie.

8. Wykluczenia

Z udziału w postępowaniu wykluczone są podmioty powiązane osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Każdy z Wykonawców, odpowiadając na zapytanie ofertowe, powinien złożyć **oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych** – według wzoru stanowiącego **Załącznik nr 3**.



9. Kryteria oceny ofert:

9.1 Wybór oferty dokonany zostanie w oparciu o następujące kryteria i ich znaczenie:

Nr kryt.	Opis kryteriów oceny	Znaczenie
1.	Cena brutto	90 %
2	Realizacja zamówienia przez osobę niepełnosprawną	10 %

9.2 Najkorzystniejsza oferta w odniesieniu do tych kryteriów może uzyskać maksimum 100 pkt.

9.3 Punkty przyznawane za kryteria będą liczone wg następujących wzorów:

Nr kryt.	Wzór
1.	<p>Cena brutto</p> <p>Liczba punktów = $C_n/C_b \times 90$</p> <p>gdzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C_n – najniższa cena spośród wszystkich ofert nieodrzuconych - C_b – cena oferty badanej <p>90 – wskaźnik stały</p>
2	<p>Realizacja zamówienia przez osobę niepełnosprawną</p> <p>Osoba lub osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia są osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub właściwych przepisów państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego</p> <p>10 pkt. otrzyma Wykonawca, który wskaże, iż zamówienie realizowane będzie przez osobę niepełnosprawną.</p>

9.4 Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w niniejszym zapytaniu i została oceniona jako najkorzystniejsza w oparciu o podane kryteria wyboru, podpisując umowę, której wzór stanowi **Załącznik nr 4** do niniejszego zapytania ofertowego.

10. Składanie ofert:

a) Termin składania ofert upływa **25 stycznia 2017 r.**

b) Miejscem składania ofert jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa

c) Dopuszczalna forma składania ofert: przesyłka pocztowa skierowana na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie podany wyżej lub osobiście w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem „Organizacja zajęć terapeutyczno-ruchowych w ramach projektu **STOPIEŃ WYŻEJ**” lub w formie skanów na adres mailowy biuro@pcprwloszczow.pl

11. Wymagane dokumenty:

1. Formularz ofertowy – Załącznik nr 1
2. Wykaz osób – Załącznik nr 2
3. Oświadczenie o braku powiązań – Załącznik nr 3
4. Umowa – Załącznik nr 4
5. Oświadczenie – Załącznik nr 5

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
we Włoszczowie
mgr Iłona Nowak



Załącznik nr 1

OFERTA

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe w ramach projektu „STOPIEŃ WYŻEJ” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

1. Nazwa

2. Adres do korespondencji

3. E-mail

4. Telefon

5. Średnia cena za godzinę zajęć wynosi:

..... zł brutto, w tym VAT

(słownie złotych:.....)

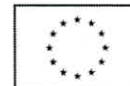
Wynagrodzenie (brutto) za wykonanie przedmiotu zamówienia wynosi:

608 h x(średnia cena) = zł brutto, w tym VAT

(słownie złotych:.....)

.....
podpis osoby uprawnionej do reprezentacji
Wykonawcy - ew. również pieczęć





Załącznik nr 2

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA
„ORGANIZACJA ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNO-RUCHOWYCH”

Nazwa wykonawcy

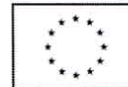
Adres wykonawcy

Miejscowość

Data

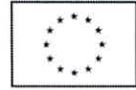
Lp.	Imię i Nazwisko	Wykształcenie i kwalifikacje
Realizacja wsparcia logopedycznego		
1.		<p>studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia, obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub</p> <p>- ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii, obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub</p> <p>- rozpoczęła przed dniem wejścia w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii*</p> <p>Osoba niepełnosprawna tak/nie*</p>
Prowadzenie zajęć hipoterapeutycznych		
2.		<p>kwalifikacje zawodowe do pełnienia funkcji instruktora hipoterapii zgodnie z założeniami Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego</p> <p>Osoba niepełnosprawna tak/nie*</p>
Prowadzenie zajęć usprawniająco-rehabilitacyjnych na basenie		
3.		<p>kwalifikacje do pełnienia funkcji instruktora</p>





		<p>pływania (licencja Polskiego Związku Pływackiego)</p> <p>Osoba niepełnosprawna tak/nie*</p>
Prowadzenie zajęć rytmiczno-tanecznych		
4.		<p>kwalfikacje do prowadzenia zajęć rytmiczno-tanecznych</p> <p>Osoba niepełnosprawna tak/nie*</p>
Prowadzenie zajęć rehabilitacji ruchowej		
5.		<p>- ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowego technika fizjoterapii lub tytuł zawodowego magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia, lub</p> <p>- rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku, lub</p> <p>- rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub</p> <p>- rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub</p> <p>- rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1979 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej*</p> <p>Osoba niepełnosprawna tak/nie*</p>

* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 3

.....
Miejscowość, data

.....
Nazwa, adres Wykonawcy

Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych

Dotyczy: Projektu pn.: „STOPIEŃ WYŻEJ” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 dla EFS, Oś 9. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych.

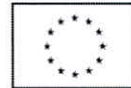
W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu na „**ORGANIZACJĘ ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNO-RUCHOWYCH**” w ramach projektu „**STOPIEŃ WYŻEJ**” prowadzonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa (zwany dalej Zamawiającym) **oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązani z Zamawiającym** lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego: **Iloną Nowak – Dyrektorem PCPR** lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy: **Alojzym Jakóbkem, Tomaszem Meusem, Jolantą Pękala, Mariolą Suligą, Iloną Piech, Małgorzatą Sztuka osobowo lub kapitałowo.**

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub w/w osobami, a Wykonawcą, polegające na:

- 1) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- 2) posiadaniu udziałów lub co najmniej 5% akcji,
- 3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- 4) pozostawaniu w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze Wykonawcy, w szczególności 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.

.....
podpis osoby uprawnionej do reprezentacji
Wykonawcy - ew. również pieczęć





UMOWA - WZÓR

zawarta we Włoszczowie w dniu, , pomiędzy: ul.

....., reprezentowanym przez:

1. zwanym dalej w treści umowy **Zleceniodawcą**,

a

..... z siedzibą w, NIP, reprezentowanym przez:

1. zwanym dalej w treści umowy **Zleceniobiorcą**, o następującej treści:

§ 1

Niniejsza umowa dotyczy zamówienia pn: „**Organizacja zajęć terapeutyczno-ruchowych w ramach projektu STOPIEŃ WYŻEJ**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 dla EFS, Oś 9. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych.

§ 2

Ilekczeń w niniejszej umowie jest mowa o:

Projekcie – rozumie się przez to projekt pod nazwą „Stopień wyżej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 dla EFS, Oś 9. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych,

Godzinie – rozumie się przez to godzinę warsztatów lub zajęć, tj. 60 minut

Harmonogramie – rozumie się przez to plan zajęć, stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszej umowy (który zostanie opracowany w terminie 10 dni od daty podpisania umowy na podstawie założeń określonych w zapytaniu ofertowym).

Uczestników – rozumie się przez to Uczestników Projektu „Stopień wyżej”.

§ 3

Zleceniodawca powierza, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do świadczenia dla 4 dzieci w wieku od 3 do 6 lat, w tym dla 6-letniego dziecka ze zdiagnozowanym czterokończynowym dziecięcym porażeniem mózgowym następujących usług:

1. **Wsparcie logopedyczne**- diagnozowanie logopedyczne, pomoc logopedyczna, terapia logopedyczna, podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powstawaniu zaburzeń komunikacji.
Miejsce realizacji usługi: Włoszczowa.
2. **Zajęcia hipoterapeutyczne.**
Miejsce realizacji usługi: pkt. 6.7
3. **Zajęcia usprawniająco rehabilitacyjne na basenie**, z udoskonaleniem lub nauką pływania, prowadzone przez instruktora pływania.
Miejsce realizacji usługi: Włoszczowa.
4. **Zajęcia rytmiczno-taneczne** prowadzone przez wykwalifikowanego instruktora.





Miejsce realizacji usługi: Włoszczowa.

5. Zajęcia rehabilitacji ruchowej.

Miejsce realizacji usługi: Włoszczowa lub w miejscu zamieszkania dziecka.

w łącznym wymiarze 608 godzin (godzina = 60 minut).

§ 4

1. Zleceniobiorca oświadcza, że:

- 1) jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym,
- 2) posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia,
- 3) dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem do wykonania zamówienia,
- 4) znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

2. Zleceniobiorca jest zobowiązany do:

- a) przygotowania miesięcznych sprawozdań z realizacji usługi;
- b) rzetelnego i terminowego wykonania usługi;
- c) zachowania pełnej tajemnicy służbowej w zakresie wszystkich informacji, jakie uzyska w trakcie wykonywania usługi, a w szczególności: nie ujawnia osobom trzecim danych personalnych osób dla których świadczona jest usługa, ich sytuacji rodzinnej, materialnej i zdrowotnej, również po zakończeniu usługi;
- d) nie przyjmowania od osób objętych pomocą żadnych korzyści majątkowych lub osobistych;
- e) przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r., poz. 922).
- f) na żądanie Zleceniodawcy udzielania wszelkich niezbędnych informacji i wyjaśnień dotyczących realizacji projektu;
- g) prowadzenia dokumentacji określonej przez Zleceniodawcy niezbędnej do prawidłowej realizacji projektu;
- h) oznaczania niezbędnymi logotypami przekazanymi przez Zleceniodawcę wszystkich dokumentów wytworzonych przez siebie w związku z realizacją Umowy.

§ 5

1. W przypadku niemożności przeprowadzenia zajęć określonych w § 3 w terminach określonych w harmonogramie z przyczyn leżących po stronie Zleceniobiorcy, jest on zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Zleceniodawcy o zaistniałym fakcie.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Zleceniobiorcy przysługuje prawo wyznaczenia zastępcy, posiadającego przymioty określone w § 4, za zgodą Zleceniodawcy.

§ 6

1. W celu zapewnienia płynności realizacji Projektu, Zleceniodawca może zawrzeć umowę na przeprowadzenie niezrealizowanych przez Zleceniobiorcę zajęć z innym Wykonawcą lub może dokonać korekty w całościowym (okresowym) harmonogramie realizacji zajęć umożliwiającej przeprowadzenie zajęć przez Zleceniobiorcę w innym terminie.

2. W przypadku braku możliwości realizacji czynności wymienionych w § 3 z przyczyn niezależnych od Zleceniobiorcy, zajęcia niezrealizowane zgodnie z harmonogramem mogą także być przeprowadzone przez Zleceniobiorcę, w innym terminie uzgodnionym ze Zleceniodawcą.

3. Wybór rodzaju zajęć należy do uczestnika i jego opiekuna w zależności od potrzeb i z uwzględnieniem stanu psycho-fizycznego uczestnika zajęć.





3. Z przyczyn niezależnych zamawiający zastrzega prawo zmiany uczestnika rozpoczętych zajęć.

4. Dopuszcza się do dokonywania przez uczestnika zmian rodzaju zajęć, w których uczestniczy.

§ 7

1. Za prawidłowe wykonanie czynności wymienionych w § 3 Zleceniobiorca otrzyma od Zleceniodawcy wynagrodzenie w wysokości: złotych brutto (słownie: złotych xx/100) za każdą godzinę (60 min.) przeprowadzonych zajęć.

2. Łącznie Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie z tytułu świadczonej usługi za cały okres umowy w wysokości zł brutto (słownie: złotych xx/100).

3. Wynagrodzenie będzie płatne na konto Zleceniobiorcy w terminie 7 dni po otrzymaniu środków na ten cel od instytucji pośredniczącej po przedłożeniu przez niego następujących dokumentów:

a) prawidłowo wypełnionego rachunku/faktury potwierdzającego wykonanie czynności, o których mowa w § 3 w terminach:

- za realizację w 2017r: do 25 marca 2017r. (I kwartał), 25 czerwca 2017r.(II kwartał), 25 września 2017r.(III kwartał), 20 grudnia 2017r.(IV kwartał)
- za realizacje w 2018r. – do 25 marca 2018r. (I kwartał) do 18 maja 2018r. (II kwartał)

b) miesięcznych sprawozdań z zakresu przeprowadzonych zajęć, o których mowa w § 3.

4. Zleceniobiorca nie może żądać podwyższenia wynagrodzenia, nawet, jeżeli z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł przewidzieć wszystkich czynności niezbędnych do prawidłowego wykonania niniejszej Umowy.

§ 8

W przypadku nie wykonania zlecenia w terminie, wykonania go wadliwie lub w sposób nienależyty Zleceniodawca ma prawo do pomniejszenia wynagrodzenia lub rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 9

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 0,1% wynagrodzenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 brutto za każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania umowy. O każdym przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy Zleceniodawca będzie informował Zleceniobiorcę pisemnie wskazując w jakim zakresie umowa nie została wykonana lub została wykonana nienależycie.

2. Jeżeli kara umowna nie pokryje szkody Zleceniodawca zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§ 10

Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r., poz. 922).





§ 11

Zleceniobiorca zobowiązuje się, że wszelkie urządzenia, materiały i dokumenty, w których posiadanie wejdzie w związku z wykonywaniem prac objętych umową, są i pozostaną własnością Zleceniodawcy. Zleceniobiorca zwróci je Zleceniodawcy nie później niż w dniu rozwiązania umowy lub wygaśnięcia umowy.

§ 12

Niniejsza umowa została zawarta na czas określony, **od dnia podpisania umowy do 18 maja 2018 r.**

§ 13

Zleceniobiorca oświadcza, iż w razie zaprzestania finansowania projektu na skutek rozwiązania umowy pomiędzy nim, a Instytucją Pośredniczącą, wyraża zgodę na rozwiązanie niniejszej umowy bez wypowiedzenia przez Zleceniodawcę oraz, że nie będzie rościł sobie pretensji do jakiegokolwiek odszkodowania z tego tytułu.

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową obowiązują przepisy:
 - a. ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2015, poz. 2164.)
 - b. Kodeksu cywilnego z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz. U. 2016 poz. 380).
2. Integralne części niniejszej umowy stanowią:
 - a. SIWZ,
 - b. Oferta Wykonawcy.

§ 15

1. Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsza umowa zastępuje wszelkie poprzednie porozumienia, umowy i ustalenia, zarówno ustne jak i pisemne, które tracą moc z dniem zawarcia niniejszej umowy.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

ZLECENIODAWCA

ZLECENIOBIORCA





Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczamy, że przyjmujemy do realizacji warunki postawione przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym oraz we wzorze umowy.
2. Oświadczamy, że cena brutto razem oferty obejmuje wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, iż dysponuję kadrą posiadającą niezbędną wiedzę i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania przedmiotowego zamówienia.
4. Oświadczamy, że firma jest/nie jest* płatnikiem podatku VAT o numerze identyfikacyjnym NIP:
.....
5. Imię Nazwisko osoby (osób) upoważnionych do złożenia oferty i do podpisania umowy
.....
(tj. osoba/osoby upoważniona/e do reprezentacji wykonawcy wymieniona/e w dokumencie rejestracyjnym prowadzonej działalności gospodarczej) lub pełnomocnika. Pełnomocnictwa dołączone do oferty muszą być złożone w formie oryginału lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem.
6. Oświadczamy, że jesteśmy (jestem) upoważnieni/y do reprezentowania Wykonawcy.
7. Imię i nazwisko osoby do kontaktu, nr telefonu i e-mail.....
.....

.....
podpis osoby uprawnionej do reprezentacji
Wykonawcy - ew. również pieczęć

*niepotrzebne skreślić

