



ZAPYTANIE OFERTOWE uzupełniające na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”

Nr postępowania: 6b/2021/PFRON/P5 data: 14.06.2021 r.

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi
ul. ks. bp. W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź, lodz@ptsr.org.pl**

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY dopuszcza składanie ofert częściowych.

WYKONAWCA nie może powierzyć wykonania zamówienia ani jego części podwykonawcom.

WYKONAWCA ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo do unieważnienia procedury zapytania ofertowego w każdym momencie trwania procedury bez podania przyczyny.

ZAMAWIAJĄCY może odstąpić od podpisania umowy bez podania przyczyny.

ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza możliwości negocjacji cenowej.

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie średnio 20 godzin konsultacji przez różnych specjalistów w zależności od wskazań wynikających z IPD oraz od aktualnego stanu zdrowia. Łącznie specjaliści przeprowadzą 900 godzin konsultacji dla średnio 45 osób. Indywidualne wsparcie udzielane będzie przez różnych specjalistów, w tym m.in. psychologa, logopedę, pielęgniarkę, prawnika, dietetyka, psychiatrę, neurologa, internistę, specjalistę ds. uprawnień i ON. Specjaliści będą dostarczać odpowiedniej wiedzy beneficjentowi, stymulować jego aktywność, zadbać o skuteczną realizację IPD.

Wymagania niezbędne:

- prawnicy, psychologowie i specjaliści (np. pielęgniarka, dietetyk, psychiatra, logopeda) doświadczeni w pracy z osobami z niepełnosprawnościami. Osoby z wykształceniem wyższym kierunkowym (ukończone studia z zakresu: medycyny, prawa, psychologii, logopedii) lub z ukończonym kursem/szkołą policealną z zakresu dietetyki i pielęgniarstwa.
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym;

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w biurze projektu, domach uczestników projektu lub w innym miejscu wskazanym przez Zamawiającego i ustalonym z Oferentem.

Wymagania dodatkowe:

- odpowiedzialność za powierzone zadania,
- umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresogennych,
- miłe usposobienie,
- dyspozycyjność,
- posiadanie samochodu i prawa jazdy kat.B,
- komunikatywność, sumienność, obowiązkowość oraz uczciwość.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85312320-8 usługi doradztwa,
- 85121100-4 ogólne usługi lekarskie,
- 85121200-5 specjalistyczne usługi medyczne,
- 85121270-6 usługi psychiatryczne lub psychologiczne,
- 79100000-5 usługi prawnicze.

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty konsultacji, listy obecności uczestników projektu, formularze BO)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- prowadzenie usług zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym przez Zamawiającego.

5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie dla których mają być przeprowadzane usługi.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy – marzec 2022 r.,
- miejsce: woj. łódzkie.

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania. Ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

Oferty Wykonawców nie spełniających warunków zdefiniowanych w zapytaniu nie będą rozpatrywane.

W celu potwierdzenia, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca przedłoży;

1. kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności,
2. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń (np. prawo wykonywania zawodu, dyplomy)

Oferty Wykonawców nie spełniających warunków zdefiniowanych w zapytaniu nie będą rozpatrywane.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość wglądu w dokumenty potwierdzające spełnianie wyżej wymienionych warunków przed podpisaniem umowy na wykonanie usług.

Ubiegający się o udzielenie zamówienia ponosi koszty przygotowania i złożenia oferty. Zamawiający dopuszcza do składania ofert wyłącznie przez osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia oraz osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do wykonywania zawodu,
- kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.
- klauzula informacyjna z art.13 RODO – zgodnie z załącznikiem nr 3.
- oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w postępowaniu – zgodnie z załącznikiem nr 4.
- oświadczenie Wykonawcy o nieprzekroczeniu 276 godz. – zgodnie z załącznikiem nr 5.

9. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA

Rozliczenia prowadzone w PLN

10. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Ofertę należy przygotować w języku polskim dołączając do niej wszystkie niezbędne dokumenty stanowiące załączniki do zapytania ofertowego. Należy podać cenę brutto za przeprowadzenie 1 godziny konsultacji indywidualnej dla 1 osoby przez przedstawiciela danej specjalności. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: badania, analizy dokumentacji medycznej, wystawienia stosownych zaświadczeń, a także innych elementów niezbędnych do prawidłowego wykonania zamówienia.

Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania zapytania oraz obejmować koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należytej realizacji przedmiotu zamówienia.

11. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Karolina Guligowska – koordynator projektu tel. : 505 034 909

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **21.06.2021 r. do godz. 16.00** pocztą elektroniczną (w formie skanu) na email: lodz@ptsr.org.pl lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: ul. ks. bp. W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź, opatrzonej napisem:

ZAPYTANIE OFERTOWE uzupełniające na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”

W przypadku przesłania skanu oferty, oryginały dokumentów zostaną dostarczone przez Wykonawcę najpóźniej w dniu podpisania umowy.

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością - max. 15 pkt

Cena zaproponowana za realizację usługi – max. 85 pkt

14. SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY

Przesłane przez Państwa informacje będą brane pod uwagę przy wyborze najkorzystniejszej oferty wg. kryterium punktowego: max 100 pkt.

Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierować przy wyborze oferty:

Zasady oceny kryterium „Cena” – 85 pkt:

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 85 \text{ pkt.}$$

gdzie:

X_c - wartość punktowa ceny

C_{min} - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

C_i - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” – 15 pkt.:

- brak doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnością – 0 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością do 1 roku – 5 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością od 1 roku do 5 lat – 10 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością powyżej 5 lat – 15 pkt.

W przypadku uzyskania jednakowej liczby punktów przez Oferentów lub w przypadku wątpliwości dot. doświadczenia i kwalifikacji Oferentów, Zamawiający przeprowadzi rozmowy kwalifikacyjne, których wynik łącznie z uzyskaną punktacją zdecyduje o dokonaniu ostatecznego wyboru. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru kilku ofert i podziału przedmiotu zamówienia między kilku wykonawców.

15. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY

Informacja o wyniku postępowania wysłana będzie do każdego wykonawcy, który złożył ofertę oraz umieszczona zostanie na stronie internetowej www.lodz.ptsr.org.pl.

Umowa z wykonawcą zostanie zawarta przed podjęciem współpracy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.

16. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- od dnia podpisania umowy do 31 marca 2022 r.

17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

18. FINANSOWANIE

Zamówienie jest współfinansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanim osobowo lub kapitałowo z 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, w szczególności poprzez:
 - a. uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
 - b. posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
 - c. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
 - d. 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.
2. Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych, a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi do zawarcia umowy. PTSR Oddział w Łodzi może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Załącznik nr 3 – Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

Załącznik nr 4 – Oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w postępowaniu.

Załącznik nr 5 – Oświadczenie Wykonawcy o nieprzekraczaniu 276 godz..



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **6b/2021/PFRON/P5** data: **14.06.2021 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **6b/2021/PFRON/P5** data: **14.06.2021 r.** na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: **„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

Przedmiot zamówienia*	Kwota brutto** za przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych na terenie woj. łódzkiego*
<i>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez psychologa</i>	
<i>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez neurologa</i>	
<i>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez specjalistę ds. ulg i uprawnień</i>	
<i>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez internistę</i>	
<i>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez psychiatrę</i>	





Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18
Tel./fax: 42 649-18-03

<i>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez logopedę</i>	
<i>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez pielęgniarkę</i>	
<i>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez prawnika</i>	
<i>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez dietetyka</i>	

.....
podpis Wykonawcy

* wpisać właściwe, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami

** cena brutto tzn. musi uwzględniać wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania zamówienia oraz składki na ubezpieczenie społecznie i zdrowotne, których obowiązek regulowania wynika z aktualnie obowiązujących przepisów zarówno przez Wykonawcę oraz Zamawiającego (tj. płaca Wykonawcy brutto oraz narzuty na wynagrodzenie ze strony Zamawiającego).



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością:

LP.	Daty (od – do) (dzień, miesiąc, rok)	Nazwa Pracodawcy	Obowiązki	Stanowisko

.....
podpis Wykonawcy



Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **6b/2021/PFRON/P5** data: **14.06.2021** r. w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a)

oświadczam, że Wykonawca jest/nie jest* powiązany osobowo lub kapitałowo z 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, w szczególności poprzez:

- a. uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b. posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
- c. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d. 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 Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić



Klauzula informacyjna z art. 13 RODO w celu związanym
z postępowaniem o udzielenie zamówienia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi, 90-349 Łódź ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18**
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego **nr postępowania: 6b/2021/PFRON/P5 data: 14.06.2021 r. z zachowaniem zasady konkurencyjności;**
- odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Umowę o dofinansowanie Projektu w ramach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Umową o dofinansowanie Projektu w ramach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania;
- obowiązek podania przez osobę fizyczną danych osobowych bezpośrednio jej dotyczących jest wymogiem określonym w przepisach wytycznych, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z wytycznych;
- w odniesieniu do danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- osoba fizyczna posiada:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych, które jej dotyczą;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania swoich danych osobowych (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba fizyczna uzna, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących narusza przepisy RODO;



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

-
- osobie fizycznej nie przysługuje:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.**

.....
Zapoznałem/zapoznałam się i wyrażam zgodę
(Data i podpis)



Załącznik 4– do Zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **6b/2021/PFRON/P5** data: **14.06.2021** r w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia 6b/2021/PFRON/P5** data: **14.06.2021** r w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

1. Wyrażam nieodwołalnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów procesu rekrutacji łącznie z możliwością publikacji wyników rekrutacji na stronie www oraz na wgląd w dokumentację dotyczącą wyżej wymienionego zamówienia przez Zamawiającego oraz przez organy kontrolujące projekt.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”.

.....
podpis Wykonawcy



Załącznik 5 do zapytania ofertowego

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPRZEKRACZANIU
276 GODZIN ŁĄCZNEGO ZAANGAŻOWANIA ZAWODOWEGO MIESIĘCZNIE***

Nazwa / Imię i nazwisko Wykonawcy:

Adres:

.....

.....

.....

Tel.

E-mail:

Ja niżej podpisany(a)

oświadczam, że po uwzględnieniu liczby godzin związanych z niniejszym zamówieniem moje łączne zaangażowanie zawodowe nie przekracza 276 godzin miesięcznie.

.....
podpis Wykonawcy

*** Dotyczy osób fizycznych, prowadzących i nieprowadzących działalności gospodarczej, które będą osobiście realizować zamówienie.**