



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

**ZAPYTANIE OFERTOWE UZUPEŁNIAJĄCE na usługi asystenta osoby chorej na stwardnienie rozsiane
w ramach prowadzonego projektu:
„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

Nr postępowania: 5b/2022/PFRON/P5 data: 19 sierpnia 2022 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 nie dopuszcza składania 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 780 godzin usług asystenckich dla śr. 6 osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”.**

Asystent będzie przygotowany do wykonywania min. następujących zadań: udzielania pomocy osobie niepełnosprawnej w korzystaniu z różnych form rehabilitacji dostępnej w placówce; pomagania w prowadzeniu gospodarstwa domowego; wspierania ON w dążeniu do samodzielności życiowej; motywowania ON do aktywności społecznej i zawodowej. Pomoże pokonywać bariery architektoniczne, dotrzeć na miejsce wskazane przez ON np. do urzędu w celu załatwienia sprawy przez podopiecznego (bank, poczta, szpital, przychodnia lekarska). Będzie towarzyszem, pomoże zrobić zakupy. W związku z różnorodnością objawów stwardnienia rozsianego w tym także zaburzeń wzroku czy słuchu, asystent towarzysząc choremu w domu, w razie potrzeby przeczyta książkę, gazetę, pomoże przy pracy na komputerze. Pomoc asystenta jest w szczególności niezbędna samotnym osobom, które nie mają wsparcia w najbliższych i same borykają się ze swoimi problemami. Przyjście osoby, która wie co to SM, która wysłucha, zrozumie, będzie potrafiła pokierować jak załatwić trudne dla chorego sprawy, gdzie można szukać pomocy, która wesprze w pokonaniu przeciwności, zmotywuje i pomoże wyjść z domu oraz uświadomi, że może on jeszcze godnie i (w ramach możliwości) aktywnie żyć jest dla chorego nieocenioną pomocą.

W projekcie zakładamy, że BO otrzyma miesięczne wsparcie w ilości śr. 11 godzin w miesiącu. Liczba godzin może być zmienna w zależności od potrzeb ON.

Wymagania niezbędne:

Osoby posiadające wykształcenie kierunkowe i/lub ukończony kurs lub szkolenie na asystenta/opiekuna osoby niepełnosprawnej i/lub posiadający doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi jako asystent/opiekun.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85310000-5 usługi pracy społecznej

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty wizyt asystenckich dokumentujące przebieg zdarzeń w ramach realizowanego wsparcia, formularze BO, i inne)
- 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,
- przekazanie wzoru karty wizyt asystenckich,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, które będą brały udział w usługach asystenckich.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: : dzień podpisania umowy – marzec 2023 r.,
- miejsce: woj. łódzkie

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

- 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.
O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki niezbędne, określone w pkt. 2 niniejszego Zapytania. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
- Oferty Wykonawców nie spełniających warunków niezbędnych 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.

8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2,
- kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do wykonywania usług asystenckich np. dyplom ukończenia kursu, zaświadczenie,
- potwierdzenie realizacji usług wolontarystycznych,
- klauzula informacyjna z art. 13 RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia - zgodnie z załącznikiem nr 3,
- oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych udziału w postępowaniu – zgodnie z załącznikiem nr 4



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

– Oświadczenie Wykonawcy o nieprzekraczaniu 276 godz – zgodnie z załącznikiem nr 5

9. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJZEGO 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 1 godzinę usług asystenckich dla 1 osoby. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: dojazdu do podopiecznego, 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

Magdalena Skowrońska – koordynator projektu, tel. : 42 649 18 03

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **29.08.2022 r. do godz. 16.00** osobiście 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 usługi asystenta osoby chorej na SM w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Doświadczenie w usługach asystenckich dla chorych na SM (SM) – 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



Ci - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 15 pkt.:

- brak doświadczenia w usługach asystenckich dla chorych na SM – 0 pkt.
- doświadczenie w usługach asystenckich dla chorych na SM do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w usługach asystenckich dla chorych na SM od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w usługach asystenckich dla chorych na SM 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 się do każdego wykonawcy, który złożył ofertę oraz umieszczona się 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 ZWIĄZANIA OFERTA

Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania w szczególności, jeżeli:

- a. cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższają kwotę, którą Zamawiający może przeznaczyć na realizację zamówienia,
- b. wystąpiła zmiana okoliczności powodująca, że wykonanie zamówienia nie leży już w interesie Zamawiającego, o czym Zamawiający poinformuje wykonawców przed upływem terminu składania ofert.

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,



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

- 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 uzupełniające 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..



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

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **5b/2022/PFRON/P5** data: **19 sierpnia 2022 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 UZUPEŁNIAJĄCE** na usługi asystenta osoby chorej na **stwardnienie rozsiane** w ramach prowadzonego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**”

| Przedmiot zamówienia | Kwota brutto za przeprowadzenie 1 godz. usług asystenckich dla 1 osoby* |
|---|---|
| 1 godzina usług asystenckich dla 1 osoby zawierająca koszty dojazdu do podopiecznego | |

.....
podpis Wykonawcy

**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).*

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.





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



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

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

Tel./fax: 42 649-18-03

Doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM):

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

.....
podpis Wykonawcy



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

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **5b/2022/PFRON/P5** data: **19 sierpnia 2022 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.

..... dnia

.....
podpis Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić



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

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

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. bp. 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: 5b/2022/PFRON/P5 data: 19 sierpnia 2022 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. bp. 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)



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

Załącznik 4– do Zapytania ofertowego

Imię i nazwisko Wykonawcy:

Adres:

Tel. kontaktowy:

e-mail:

Dotyczy zapytania ofertowego nr **5b/2022/PFRON/P5** data: **19 sierpnia 2022** w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oświadczam, że przystępując po przedmiotowego postępowania spełniam warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności objętej przedmiotem zamówienia, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania doświadczenia w realizacji usług będących przedmiotem zamówienia;

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 kk.

.....
(imię i nazwisko, podpis Wykonawcy)



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

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.**