### *Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

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

(pieczęć adresowa zleceniobiorcy/imię/nazwisko/adres/telefon/e-mail)

Regon .........................................................................

NIP .........................................................……………

PESEL………………………………………………

Nr telefonu …………………………………………

E-Mail: ………………………………………………

**Formularz oferty**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr ……………………… z dnia ………………………….

**specjalistyczne wsparcie psychologiczne i psychiatryczne dla wychowanków rodzinnej pieczy zastępczej- indywidualna terapia długoterminowa dla dzieci umieszczonych w rodzinnych formach pieczy zastępczej w ramach projektu: „Pomorskie dzieciom” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA ZAJĘĆ** | **LICZBA UCZESTNIKÓW/**  **MIEJSCE ZAJĘĆ** | **CENA NETTO ZA 1 H ZAJĘĆ  W ZŁ ZA 1 OSOBĘ** | **CENA BRUTTO ZA 1 H ZAJĘĆ W ZŁ ZA 1 OSOBĘ** | **Zastosowana stawka podatku VAT lub zwolnienie \*** | **CENA NETTO ZA CAŁOŚĆ (160H)  W ZŁ** | **CENA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ (160 H)  W ZŁ** |
| **specjalistyczne wsparcie psychologiczne i psychiatryczne dla wychowanków rodzinnej pieczy zastępczej- indywidualna terapia długoterminowa dla dzieci umieszczonych w rodzinnych formach pieczy zastępczej** | **4 osoby** |  |  |  |  |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym   
   na przeprowadzenie ww. terapii oraz je w pełni akceptuję.

…………………….., dnia ………………… r.

(miejscowość i data)

…………………………………………………

(pieczęć oraz podpis zleceniobiorcy lub osoby upoważnionej)

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

*…………………………………………*

*(miejscowość, data)*

**Zleceniobiorca:**

…………………………………………….

(pieczęć adresowa zleceniobiorcy/imię/nazwisko/adres/telefon/e-mail)

NIP ……………………..……………….

PESEL……………………………………

Regon ………………..………………….

**OŚWIADCZENIE**

o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, zgodnie   
   z przepisami prawa.
2. Posiadam wykształcenie wyższe: ukończone studia medyczne lub magisterskie humanistyczne i ukończone 4-letnie szkolenie z psychoterapii, akredytowane przez Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej- uprawniające do posługiwania się tytułem psychoterapeuty dyplomowanego
3. Dysponuję wykładowcami, którzy posiadają wykształcenie wyższe, ukończone studia medyczne lub magisterskie humanistyczne, ukończone 4-letnie szkolenie z psychoterapii, akredytowane przez Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej- psychoterapeuta dyplomowany.

miejscowość i data

(pieczątka i podpis Zleceniobiorcy)

*Załącznik numer 3 do zapytania ofertowego*

Oświadczenie o braku

**powiązań osobowych lub kapitałowych**

Oświadczam, że nie jestem/ jesteśmy powiązany/i kapitałowo lub osobowo z *Zamawiającym (Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie)*  w szczególności poprzez:

1. uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub osobowej;

2. posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji;

3. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

4. pozostawanie 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;

........................................................ dnia ...............…. r.

(miejscowość) (data)

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

(podpisy osób uprawnionych do reprezentacji)