Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTOWY**

**OFERTA**

Imię i nazwisko Wykonawcy/nazwa Wykonawcy:

…......................................................................................................................................

Adres: …..........................................................................................................................

Tel: …......…………….............……………………………………………….

Adres e-mail do korespondencji: …………………………………@....................................................

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na **przeprowadzenie szkoleń on-line oraz konsultacji i doradztwa on-line dla pracowników publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych z zakresu diagnozy różnicowej dzieci i uczniów z autyzmem, w tym zespołem Aspergera (ASD)**

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami i terminami ujętymi w treści zapytania za kwotę:

**Oferowana cena brutto za realizację zamówienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Cena** | **Cena netto****w PLN** | **Stawka VAT**  | **Cena bruttow PLN** |
| **1.** | Cena 1 godziny dydaktycznej (45 min.) szkolenia on-line z zakresu ASD |  | zw. |  |
| **2** | Cena 1 godziny dydaktycznej (45 min.) konsultacji i doradztwa on-line z zakresu ASD |  | zw. |  |
| **3.**  | Łączna cena przeprowadzenia szkoleń i doradztwa on-line z zakresu ASD, tj.: 20 grup x 10 godz. szkoleń on-line x stawka za 1 h dyd. brutto + 10 godz. konsultacji on-line x stawka za 1 h dyd. |  | zw. |  |

(Cenę należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku)

Zamawiający informuje, iż jako jednostka objęta systemem oświaty, w rozumieniu przepisów o systemie oświaty oraz odbiorca usług szkoleniowych finansowanych w całości ze środków publicznych, jest zwolniona z podatku VAT zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29) lit. c) ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług.

***UWAGA! w przypadku skierowania do realizacji zamówienia więcej niż jednej osoby - proszę wypełnić powielając tabelę***

**Przedkładam informacje dotyczące następujących osób wyznaczonych do realizacji zamówienia (spełniających warunki udziału w zapytaniu ofertowym):**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji przedmiotu zamówienia: ………………………………….……………………………………………….…** |
| 1. **Wykształcenie** **co najmniej wyższe magisterskie w zakresie: psychologii lub pedagogiki specjalnej lub medycyny: ………………………………………...**Uzyskany tytuł: ………………………………………..…

Nazwa uczelni: ………………………………………..…Kierunek studiów: ………………………………………Rok ukończenia…………………………………..………Ocena będzie dokonywana w następujący sposób: spełnia/nie spełnia. |
| 1. **Posiada minimum 5-letnie doświadczenie w diagnozowaniu dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu w poradniach psychologiczno-pedagogicznych lub placówkach oświatowych.**

Ocena będzie dokonywana w następujący sposób: spełnia/nie spełnia. |
| *Lp.* | *Miejsce zaangażowania*  | *Okres zaangażowania* *DD-MM-RRRR* *(OD-DO)* |
| 1. |  |  |
| 2.  |  |  |
|  |  |  |
| 1. **Posiada minimum 3-letnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń, warsztatów lub superwizji dla specjalistów z zakresu diagnozy zaburzeń rozwojowych.**

Ocena będzie dokonywana w następujący sposób: spełnia/nie spełnia. |
| *Lp.* | Nazwa wsparcia (szkolenie/ warsztaty/ superwizje) | Odbiorcy wsparcia | Formuła (stacjonarna/ online) | Liczba zrealizowanych godzin  | Okres realizacji od – do (mm.rrrr - mm.rrrr) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. **Posiada znajomość zagadnień związanych z modelem biopsychospołecznym, klasyfikacji diagnostycznych (ICF, ICD-10, ICD-11, DSM-V) i standardów oceny funkcjonalnej.**

Ocena będzie dokonywana w następujący sposób: spełnia/nie spełnia. |
| *Oświadczenie* |
| *Oświadczam, że ………………………………………. (imię i nazwisko) posiada znajomość zagadnień związanych z modelem biopsychospołecznym, klasyfikacji diagnostycznych (ICF, ICD-10, ICD-11, DSM-V) i standardów oceny funkcjonalnej.* |
| Podstawa do dysponowania wykazaną osobą (zaznaczyć właściwie):[ ] *umowa o pracę* [ ] *umowa zlecenie* [ ] *umowa współpracy* [ ] *zasób podmiotu trzeciego*[ ] *inne (jakie):…………………………………* |

**Karta do oceny punktowej „Kompetencje i doświadczenie” – kryterium oceny ofert**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko eksperta/ekspertki:** ………………………………………………………………. |
| **Podkryterium DE1. Doświadczenie eksperta w diagnozie dzieci i młodzieży z ASD – 40 punktów***Punkty przyznawane za to podkryterium, będą liczone wg następującego wzoru:**D = ((Do-5)/6) x 40**gdzie:* *D - liczba punktów przyznana danej ofercie za doświadczenie w latach,**Do - doświadczenie podane w pełnych latach przez Wykonawcę, dla którego wynik jest obliczany (punktacji podlega pełny rok),**Posiadane doświadczenie ponad 11 lat nie będzie dodatkowo punktowane, a do wzoru zostanie podstawione jako 11 lat, natomiast za zaoferowanie wymaganego minimalnego pięcioletniego doświadczenia Wykonawca otrzyma 0 pkt i nie będzie on podstawiany do wzoru.**Maksymalna liczba punktów, które Wykonawca może uzyskać w zakresie tego kryterium wynosi 40.* |
| *Lp.* | *Miejsce zaangażowania*  | *Okres zaangażowania* *DD-MM-RRRR (OD-DO)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Podkryterium DE2. Doświadczenie eksperta w prowadzeniu szkoleń/wykładów/warsztatów/ zajęć/superwizji dla specjalistów poradni psychologiczno-pedagogicznych (ppp) z zakresu diagnozy zaburzeń rozwojowych w ciągu ostatnich 3 lat liczonych od dnia upływu składania ofert – 20 punktów***Punkty przyznawane za to podkryterium, będą liczone wg następującego wzoru:**D = (Do/100) x 20**gdzie:* *D - liczba punktów przyznana danej ofercie za doświadczenie w latach,**Do - doświadczenie podane w pełnych godzinach przez Wykonawcę, dla którego wynik jest obliczany,**Posiadane doświadczenie ponad 100 godzin nie będzie dodatkowo punktowane, a do wzoru zostanie podstawione jako 100 godzin, natomiast za zaoferowanie 0 godzin doświadczenia Wykonawca otrzyma 0 pkt i nie będzie on podstawiany do wzoru.**Maksymalna liczba punktów, które Wykonawca może uzyskać w zakresie tego kryterium wynosi 20.* |
| *Lp.* | Nazwa wsparcia (szkolenie/ warsztaty/ superwizje) | Odbiorcy wsparcia | Formuła (stacjonarna/ online) | Liczba zrealizowanych godzin  | Okres realizacji od – do (mm.rrrr - mm.rrrr) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Wszystkie informacje powyżej wykazane są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.
2. Wskazana cena brutto zawiera wszelkie koszty, jakie poniesiemy z tytułu realizacji niniejszego zamówienia.
3. Zapewniamy wykonanie zamówienia w terminie i zgodnie z warunkami określonymi
w zapytaniu ofertowym.
4. Zapoznaliśmy się i w pełni akceptujemy treść zapytania ofertowego wraz ze wszystkimi załącznikami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
5. Otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania Oferty i wykonania Zamówienia oraz uzyskaliśmy wszystkie informacje niezbędne do właściwego przygotowania Oferty.
6. Oświadczamy, iż zachowamy poufność danych dotyczących Zamawiającego uzyskanych w procesie toczącego się niniejszego Postępowania.
7. Oświadczamy, że jesteśmy zdolni do wykonania przedmiotu Zamówienia zgodnie
z wymaganiami podanymi w zapytaniu ofertowym.
8. Oświadczamy, że przedmiot Oferty jest zgodny z opisem Przedmiotu Zamówienia.
9. Akceptujemy Projektowane postanowienia umowy które stanowią Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego i w przypadku wyboru naszej Oferty podpiszemy Umowę na warunkach określonych przez Zamawiającego.
10. Wskazana cena brutto zawiera wszelkie koszty, jakie poniesiemy z tytułu realizacji niniejszego zamówienia. Podane w Ofercie elementy ceny obejmują przedmiot i zakres Zamówienia zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym, a także uwzględniają wszystkie składniki związane z realizacją przedmiotu Zamówienia wpływające na wysokość ceny.

 …………………………………… …. …………………………

 *(miejscowość i data) (podpis wykonawcy)*