**Załącznik nr 1 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Formularz oferty****Postępowanie nr NE/ZP-5/2021** |

|  |
| --- |
| Nazwa albo imię i nazwisko Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej:…………………………………………………………………………………………………………………… |
| Siedziba albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy[[1]](#footnote-1): …………………….…………………………………………………………………………………………....... |
| Numer KRS (jeśli dotyczy) |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Adres e-mail do wymiany korespondencji związanej z niniejszym postępowaniem | e-mail: ……………………………………………………………………. |
| Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/-ów i podpisująca ofertę | Imię i nazwisko: ………………………………………………………... |
| Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym | Imię i nazwisko: ………………………………………………………... |
| Wykonawca jest:[[2]](#footnote-2) |  mikroprzedsiębiorstwem małym przedsiębiorstwem średnim przedsiębiorstwem jednoosobowa działalność gospodarcza osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej inny rodzaj ……………………………………………………. |
| Nr konta bankowego, na które będzie kierowane wynagrodzenie dla Wykonawcy, w przypadku podpisania umowy | …………………………………………………………………….……….**Wykonawca zobowiązany jest do podania numeru rachunku bankowego, który widnieje w Wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT, prowadzonym przez Ministerstwo Finansów** |
| Adres e-mail do kontaktów z Wykonawcą w trakcie realizacji umowy/zgłaszanie uszkodzeń prowadzącemu serwis gwarancyjny | ……………………………………………………………………. |

Oferujemy realizację zamówienia, w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na świadczenie usług eksperckich przez eksperta ds. oceny zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej oraz eksperta ds. wdrożenia klasyfikacji ICF, na warunkach określonych w SWZ i zgodnie z jej treścią:

**Część 1 zamówienia:**

**Kompetencje i doświadczenie Eksperta ds. oceny zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej.**

**Imię i nazwisko: …………………………………………………………………….**

**Podstawa do dysponowania wskazaną osobą: ……………………………….[[3]](#footnote-3)**

**Cena za realizację zamówienia:**

**1. Cena brutto za 1 godzinę pracy Eksperta: …………………………… zł;**

**2. Cena brutto za 960 godzin pracy Eksperta (1 x 960h) ……………… zł.**

|  |
| --- |
| **Wymagania dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu:** |
| Oświadczam, że[[4]](#footnote-4): |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia posiadającą wykształcenie wyższe, która jest pracownikiem naukowym, specjalistą/ekspertem w dziedzinie zdrowia publicznego, orzecznictwa lekarskiego dotyczącego zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej[ ] posiadam wykształcenie wyższe, jestem pracownikiem naukowym, specjalistą/ekspertem w dziedzinie zdrowia publicznego, orzecznictwa lekarskiego dotyczącego zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia posiadającą co najmniej 5-letnie doświadczenie we wdrażaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF w Polsce[ ] posiadam co najmniej 5-letnie doświadczenie we wdrażaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF w Polsce |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia, która jest autorem/współautorem co najmniej 2 publikacji (artykułów, monografii, podręczników lub rozdziałów w monografiach lub podręcznikach) w zakresie zdrowia publicznego, zabezpieczenia społecznego, orzecznictwa lekarskiego i zapobiegania niepełnosprawności[ ]  jestem autorem/współautorem co najmniej 2 publikacji (artykułów, monografii, podręczników lub rozdziałów w monografiach lub podręcznikach) w zakresie zdrowia publicznego, zabezpieczenia społecznego, orzecznictwa lekarskiego i zapobiegania niepełnosprawności |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia, która jest/była organizatorem lub uczestnikiem naukowych konferencji krajowych i międzynarodowych [ ] jestem/byłem organizatorem lub uczestnikiem naukowych konferencji krajowych i międzynarodowych |
| **Kryteria oceny ofert:** |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia posiadającą doświadczenie naukowe w publikacjach (artykułach, monografiach, podręcznikach lub rozdziałach w monografiach lub podręcznikach) w zakresie zdrowia publicznego, zabezpieczenia społecznego, orzecznictwa lekarskiego i zapobiegania niepełnosprawności:* [ ] 2 publikacje;
* [ ] 3 publikacje;
* [ ] 4 publikacje;
* [ ] 5 publikacji;
* [ ] 6 publikacji;
* [ ] 7 publikacji;
* [ ] 8 publikacji;
* [ ] 9 publikacji;
* [ ] 10 publikacji;
* [ ] 11 publikacji;
* [ ] 12 publikacji
* [ ] 13 publikacji;
* [ ] 14 publikacji i więcej;

[ ]  posiadam doświadczenie naukowe w publikacjach (artykułach, monografiach, podręcznikach lub rozdziałach w monografiach lub podręcznikach) w zakresie zdrowia publicznego, zabezpieczenia społecznego, orzecznictwa lekarskiego i zapobiegania niepełnosprawności:* [ ] 2 publikacje;
* [ ] 3 publikacje;
* [ ] 4 publikacje;
* [ ] 5 publikacji;
* [ ] 6 publikacji;
* [ ] 7 publikacji;
* [ ] 8 publikacji;
* [ ] 9 publikacji;
* [ ] 10 publikacji;
* [ ] 11 publikacji;
* [ ] 12 publikacji
* [ ] 13 publikacji;
* [ ] 14 publikacji i więcej;
 |
| Oświadczam, że:* [ ] zatrudniam 1 lub więcej osób niepełnosprawnych;
* [ ] nie zatrudniam osób niepełnosprawnych;
 |

Oświadczam, że zatrudniam na umowę o pracę Koordynatora odpowiedzialnego za prawidłową realizację zamówienia[[5]](#footnote-5):

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Dane Koordynatora |
| 1 | …………………………………………………………………….……………………………………….(imię i nazwisko, nr tel., adres e-mail) |

**Część 2 zamówienia:**

**Kompetencje i doświadczenie zawodowe Eksperta ds. wdrożenia klasyfikacji ICF.**

**Imię i nazwisko: …………………………………………………………………….**

**Podstawa do dysponowania wskazaną osobą: ……………………………….[[6]](#footnote-6)**

**Cena za realizację zamówienia:**

**1. Cena brutto za 1 godzinę pracy Eksperta: …………………………… zł;**

**2. Cena brutto za 960 godziny pracy Eksperta (1 x 960 h) …………………… zł.**

|  |
| --- |
| **Wymagania dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu:** |
| Oświadczam, że[[7]](#footnote-7): |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia posiadającą wykształcenie wyższe[ ]  posiadam wykształcenie wyższe |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia posiadającą doświadczenie w koordynacji lub realizacji co najmniej 1 projektu z zakresu funkcjonowania osób starszych lub niepełnosprawnych oraz oceny zdolności do pracy z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)[ ] posiadam doświadczenie w koordynacji lub realizacji co najmniej 1 projektu z zakresu funkcjonowania osób starszych lub niepełnosprawnych oraz oceny zdolności do pracy z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia, która jest autorem/współautorem co najmniej 2 publikacji (artykułów, monografii, podręczników lub rozdziałów w monografiach lub podręcznikach) dotyczących problematyki wdrażania ICF w Polsce[ ]  jestem autorem/współautorem co najmniej 2 publikacji (artykułów, monografii, podręczników lub rozdziałów w monografiach lub podręcznikach) dotyczących problematyki wdrażania ICF w Polsce |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia posiadającą doświadczenie eksperckie/szkoleniowe/trenerskie w zakresie wdrażania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)[ ] posiadam doświadczenie eksperckie/szkoleniowe/trenerskie w zakresie wdrażania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) |
| **Kryteria oceny ofert:** |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia posiadającą doświadczenie w koordynacji lub realizacji projektów z zakresu funkcjonowania osób starszych lub niepełnosprawnych oraz oceny zdolności do pracy z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF):* [ ] w 1 projekcie;
* [ ] w 2 projektach;
* [ ] w 3 projektach;
* [ ] w 4 projektach;
* [ ] w 5 projektach;
* [ ] w 6 projektach;
* [ ] w 7 projektach;
* [ ] w 8 projektach;
* [ ] w 9 projektach;
* [ ] w 10 projektach;
* [ ] w 11 projektach i więcej;

[ ]  posiadam doświadczenie w koordynacji lub realizacji projektów z zakresu funkcjonowania osób starszych lub niepełnosprawnych oraz oceny zdolności do pracy z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF):* [ ] w 1 projekcie;
* [ ] w 2 projektach;
* [ ] w 3 projektach;
* [ ] w 4 projektach;
* [ ] w 5 projektach;
* [ ] w 6 projektach;
* [ ] w 7 projektach;
* [ ] w 8 projektach;
* [ ] w 9 projektach;
* [ ] w 10 projektach;
* [ ] w 11 projektach i więcej;
 |
| [ ]  dysponuję osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia posiadającą doświadczenie naukowe w publikacjach (artykułach, monografiach, podręcznikach lub rozdziałach w monografiach lub podręcznikach) dotyczących problematyki wdrażania ICF w Polsce:* [ ] 2 publikacje;
* [ ] 3 publikacje;
* [ ] 4 publikacje;
* [ ] 5 publikacji;
* [ ] 6 publikacji;
* [ ] 7 publikacji;
* [ ] 8 publikacji;
* [ ] 9 publikacji;
* [ ] 10 publikacji;
* [ ] 11 publikacji;
* [ ] 12 publikacji i więcej;

[ ]  posiadam doświadczenie naukowe w publikacjach (artykułach, monografiach, podręcznikach lub rozdziałach w monografiach lub podręcznikach) dotyczących problematyki wdrażania ICF w Polsce:* [ ] 2 publikacje;
* [ ] 3 publikacje;
* [ ] 4 publikacje;
* [ ] 5 publikacji;
* [ ] 6 publikacji;
* [ ] 7 publikacji;
* [ ] 8 publikacji;
* [ ] 9 publikacji;
* [ ] 10 publikacji;
* [ ] 11 publikacji;
* [ ] 12 publikacji i więcej;
 |
| Oświadczam, że:* [ ] zatrudniam 1 lub więcej osób niepełnosprawnych;
* [ ] nie zatrudniam osób niepełnosprawnych;
 |

Oświadczam, że zatrudniam na umowę o pracę Koordynatora odpowiedzialnego za prawidłową realizację zamówienia[[8]](#footnote-8):

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Dane Koordynatora |
| 1 | …………………………………………………………………….……………………………………….(imię i nazwisko, nr tel., adres e-mail) |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie dotyczące postanowień treści SWZ**  |

1. Oświadczam, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
2. Oświadczam, że zamówienie wykonamy w terminie podanym przez Zamawiającego.
3. **Oświadczam, że uważam się związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni do dnia 10.07.2021 r.**
4. Oświadczam, że zrealizuję zamówienie zgodnie z SWZ i wzorem umowy.
5. Oświadczam, że informacje i dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji znajdują się w pliku o nazwie **„załącznik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa.**
6. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty i złożone oświadczenia opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień składania ofert (art. 297 kk).

|  |
| --- |
| **Zobowiązanie w przypadku przyznania zamówienia**  |

1. Akceptuję proponowany przez Zamawiającego wzór umowy, który zobowiązuję się podpisać w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
2. Osobami uprawnionymi do merytorycznej współpracy i koordynacji w wykonywaniu zadania ze strony Wykonawcy są:

……………………………………………………………………………………………….

nr telefonu ……………………………. e-mail: …………………………………………..

Informuję/-jemy, że wskazane poniżej dokumenty dostępne są w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi, zawartymi w ogólnodostępnych i bezpłatnych bazach danych (*wypełnić jeśli dotyczy*)[[9]](#footnote-9):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa dokumentu**  | **Adres internetowy, gdzie dostępny jest dokument**  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Podwykonawstwo**  |

Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcom następujące części zamówienia *(jeżeli dotyczy)*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Część zamówienia** | **Wartość brutto (PLN) lub procentowy udział podwykonawstwa** | **Nazwa i adres podwykonawcy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie** |

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[10]](#footnote-10)1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[11]](#footnote-11)

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**Załącznik nr 2 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Oświadczenie stanowiące wstępne potwierdzenie, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp[[12]](#footnote-12)** |

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Dot. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„Świadczenie usług eksperckich przez eksperta ds. oceny zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej oraz eksperta ds. wdrożenia klasyfikacji ICF”**, nr postępowania **NE/ZP-5/2021**

Oświadczam, że **nie podlegam** wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 1, 4, 5, 7 ustawy Pzp.

*(wykreślić jeśli nie dotyczy)* Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………………………... ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4, 5, 7 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp, **podjąłem następujące środki naprawcze:**

*……………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………*

Oświadczam, że wszystkie informacje w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym. lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**Załącznik nr 3 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Oświadczenie stanowiące wstępne potwierdzenie, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**  |

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Dot. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„Świadczenie usług eksperckich przez eksperta ds. oceny zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej oraz eksperta ds. wdrożenia klasyfikacji ICF”,** nr postępowania **NE/ZP-5/2021**

Oświadczam, że **spełniam warunki udziału w postępowaniu w zakresie wskazanym przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz w SWZ**.

*(wykreślić jeśli nie dotyczy)* Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu wskazanych przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz w SWZ, polegam na zasobach następujących podmiotów, w następującym zakresie~~:~~

|  |  |
| --- | --- |
| ***nazwa podmiotu*** | ***zakres*** |
|  |  |
|  |  |

Oświadczam, że wszystkie informacje w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym. lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**Załącznik nr 4 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Propozycja treści zobowiązania podmiotu trzeciego – *jeżeli dotyczy*** |

Działając w imieniu podmiotu trzeciego (podać *pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG* podmiotu)

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

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

składam niniejsze zobowiązanie:

*UWAGA!*

*Zamiast niniejszego Formularza można przedstawić inne dokumenty, w szczególności:*

1. *zobowiązanie podmiotu, o którym mowa w art. 118 ust 3 ustawy PZP sporządzone w oparciu o własny wzór*
2. *inne dokumenty stanowiące dowód, że Wykonawca realizując zamówienie będzie dysponował niezbędnymi zasobami podmiotów w stopniu umożliwiającym należyte wykonanie zamówienia publicznego oraz stosunek łączący Wykonawcę z tymi podmiotami będzie gwarantował rzeczywisty dostęp do ich zasobów, określające w szczególności:*
3. *zakres dostępnych Wykonawcy zasobów innego podmiotu,*
4. *sposób wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez Wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia publicznego,*
5. *zakres i okres udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego,*

Ja:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu, stanowisko (właściciel, prezes zarządu, członek zarządu, prokurent, upełnomocniony reprezentant itp.))*

działając w imieniu i na rzecz:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa Podmiotu)*

zobowiązuję się do oddania nw. zasobów:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(określenie zasobu – osoby zdolne do wykonania zamówienia)*

do dyspozycji Wykonawcy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa Wykonawcy)*

na potrzeby realizacji zamówienia pod nazwą**: …………………….**

Oświadczam, iż:

1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**Załącznik nr 5 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu Części 1 zamówienia** |

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Dot. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„Świadczenie usług eksperckich przez eksperta ds. oceny zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej oraz eksperta ds. wdrożenia klasyfikacji ICF”,** nr postępowania **NE/ZP-5/2021**

Na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu, przedstawiam osobę skierowaną do realizacji zamówienia jako Eksperta ds. oceny zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej, posiadającego kompetencje i doświadczenie zawodowe:

**Imię i nazwisko: …………………………………………..……………………….**

**Podstawa do dysponowania wskazaną osobą: ……………………………….[[13]](#footnote-13)**

**Warunek:** Wykształcenie wyższe

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Kwalifikacje potwierdzające spełnienie warunku: pracownik naukowy, specjalista/ekspert w dziedzinie zdrowia publicznego, orzecznictwa lekarskiego dotyczącego zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej** (tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb): |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Stanowisko, zakres obowiązków  |  |

|  |
| --- |
| **Kwalifikacje potwierdzające spełnienie warunku: Doświadczenie we wdrażaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF w Polsce** (tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb): |
| Pracodawca (nazwa i adres) |  |
| Okres zatrudnienia: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Stanowisko, zakres obowiązków  |  |
| **i/lub** |
| **Projekt (podać nazwę)** |  |
| Okres realizacji: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Stanowisko, zakres obowiązków  |  |

|  |
| --- |
| **Kwalifikacje potwierdzające spełnienie warunku: Doświadczenie naukowe - publikacje (artykuły, monografie, podręczniki lub rozdziały w monografiach lub podręcznikach) w zakresie zdrowia publicznego, zabezpieczenia społecznego, orzecznictwa lekarskiego i zapobiegania niepełnosprawności** (tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| **1** | *Publikacja (z podaniem autorów, tytułu, czasopisma, roku i miejsca wydania)* |
| 2 |  |
| 3 |  |
| **….** |  |

|  |
| --- |
| **Kwalifikacje potwierdzające spełnienie warunku: organizator lub uczestnik naukowych konferencji krajowych i międzynarodowych** (należy wpisać nazwę konferencji oraz termin): |
| 1 |  |
| **2** |  |
| ….. |  |

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**Załącznik nr 6 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu Części 2 zamówienia** |

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Dot. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„Świadczenie usług eksperckich przez eksperta ds. oceny zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej oraz eksperta ds. wdrożenia klasyfikacji ICF”,** nr postępowania **NE/ZP-5/2021**

Na potwierdzenie spełnienia warunku udziału w postępowaniu, przedstawiam osobę skierowaną do realizacji zamówienia jako Eksperta ds. wdrożenia klasyfikacji ICF:

**Imię i nazwisko: ……………………………………………………….**

**Podstawa do dysponowania wskazaną osobą: ……………………………….[[14]](#footnote-14)**

**Warunek:** *Wykształcenie wyższe*

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym (mgr, inż., dr, itp.) |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |

|  |
| --- |
| **Kwalifikacje potwierdzające spełnienie warunku: Doświadczenie w koordynacji lub realizacji projektów z zakresu funkcjonowania osób starszych lub niepełnosprawnych oraz oceny zdolności do pracy z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)** (tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb) |
| **Projekt (podać nazwę)** |  |
| Okres realizacji: data od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Stanowisko, zakres obowiązków  |  |

|  |
| --- |
| **Kwalifikacje potwierdzające spełnienie warunku: Doświadczenie naukowe ekspertów (osób wyznaczonych do realizacji zamówienia) w publikacjach (artykułach, monografiach, podręcznikach lub rozdziałach w monografiach lub podręcznikach) dotyczących problematyki wdrażania ICF w Polsce** (tabelę można dodatkowo powielać w zależności od potrzeb)**:** |
| 1 | *Publikacja (z podaniem autorów, tytułu, czasopisma, roku i miejsca wydania)* |
| 2 |  |
| 3 |  |
| **….** |  |

|  |
| --- |
| **Kwalifikacje potwierdzające spełnienie warunku: doświadczenie eksperckie/szkoleniowe/trenerskie w zakresie wdrażania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia** (należy wpisać nazwę konferencji/szkolenia/seminarium/warsztatów, liczbę godzin prowadzonych wykładów/warsztatów oraz termin): |
| 1 |  |
| **2** |  |
| ….. |  |

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

**Załącznik nr 7 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Informacja o grupie kapitałowej** |

Przystępując do postępowania na „**Świadczenie usług eksperckich przez eksperta ds. oceny zdolności do pracy i aktywizacji zawodowej oraz eksperta ds. wdrożenia klasyfikacji ICF”, nr sprawy: NE/ZP-5/2021,** informuję, że:

 nie należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369) z Wykonawcami, którzy złożyli oferty w prowadzonym przez Zamawiającego postępowaniu;

 należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369) z następującymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w prowadzonym przez Zamawiającego postępowaniu:

1. nazwa podmiotu ……………………………………………………….
2. nazwa podmiotu ……………………………………………….………

Jednocześnie przedstawiam dowody, że powiązania z tymi Wykonawcami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia: ……………………………………………….

***Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.***

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***

1. W przypadku oferty wspólnej należy podać dane dotyczące pełnomocnika Wykonawcy [↑](#footnote-ref-1)
2. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. U. L. 124 z 20.5.2003, s. 36) Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub suma bilansowa nie przekracza 10 milionów Euro.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie SA mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów Euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów Euro. [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeżeli dotyczy [↑](#footnote-ref-3)
4. Odpowiednie zaznaczyć znakiem „X” [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku składania oferty przez osobę fizyczną należy wpisać dane osoby wykonującej i odpowiedzialnej za realizację zamówienia [↑](#footnote-ref-5)
6. Jeżeli dotyczy [↑](#footnote-ref-6)
7. Odpowiednie zaznaczyć znakiem „X” [↑](#footnote-ref-7)
8. W przypadku składania oferty przez osobę fizyczną należy wpisać dane osoby wykonującej i odpowiedzialnej za realizację zamówienia [↑](#footnote-ref-8)
9. W przypadku, gdy Zamawiający ma możliwość uzyskania bezpłatnego dostępu do wymaganych dokumentów, Wykonawca może podać adresy stron internetowych, na których dostępne są dokumenty potwierdzające autoryzację producentów sprzętu i oprogramowania do świadczenia usług serwisowych dla wszystkich urządzeń i oprogramowania, w celu ich pobrania przez Zamawiającego. [↑](#footnote-ref-9)
10. rozporządzenie 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). [↑](#footnote-ref-10)
11. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-11)
12. W przypadku Wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia niniejsze „Oświadczenie…” powinno być złożone przez każdego z Wykonawców w zakresie, w którym każdy z tych Wykonawców wykazuje brak podstaw do wykluczenia [↑](#footnote-ref-12)
13. Jeżeli dotyczy [↑](#footnote-ref-13)
14. Jeżeli dotyczy [↑](#footnote-ref-14)