



FORMULARZ OFERTOWY KANDYDATA DO REALIZACJI FORMY WSPARCIA
Terapia Zdrowotna
W PROJEKCIE "DZIELNY SAMODZIELNY" 2021-2024

1. Dane Oferenta: Imię i nazwisko/firma _____

2. Adres /kod, miejscowość, ulica, nr domu, lokalu: _____

3. NIP/jeśli dotyczy – podmioty gospodarcze: _____

4. Pesel /jeśli dotyczy – osoby fizyczne: _____

5. Numer telefonu, adres e-mail: _____

1. Oferent oświadcza, że:

posiada / nie posiada * aktualne uprawnienia do realizowania zadania za pomocą:

1. Terapii technikami osteopatycznymi.
 - a) Osteopatia narządu ruchu.
 - b) Osteopatia czaszkowo – krzyżowa.
2. Osteopatia narządów wewnętrznych - terapia wisceralna.
3. Metody FITS.
4. Trójpłaszczyznowa manualna terapia wad stóp.
5. Suche igłowanie.
6. Kinesiology taping .

dyplomy potwierdzające wykształcenie kierunkowe lub inne uprawniające do realizacji zadania:

1. posiada / nie posiada doświadczenie do realizacji zadania, jeśli tak, proszę wymienić jakie i przez jaki czas były wykonywane: _____

b. posiada / nie posiada minimum roczne doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w tym w szczególności w pracy z osobami cierpiącymi na schorzenia: autyzm, Zespół Downa, DMP, rozszczep kręgosłupa, przepukliną oponowo-rdzeniową, stwardnieniem guzowatym, opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami ze schorzeniami rzadkimi (wadami genetycznymi) oraz z osobami po przebytych udarach mózgu i innych schorzeniach genetycznych oraz nabytych: _____



c) doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w tym, w szczególności w pracy z osobami cierpiącymi na schorzenie pęcherzowego oddzielania się naskórka.

Oferent deklaruje:

a) realizację formy wsparcia poprzez prowadzenie terapii z (podać liczbę) _____ beneficjentami projektu w łącznym wymiarze godzin rocznie _____ miesięcznie _____

b) cena brutto za 1 godzinę udzielonego wsparcia: _____

c) osobiste prowadzenie zajęć z beneficjentami projektu w formie zatrudnienia:

UMOWA ZLECENIE* SAMOZATRUDNIENIE* INNA* jaka _____

d) wymiar czasu pracy, liczba dni w tygodniu oraz godziny zatrudnienia:

poniedziałek od godz. _____ do godz. _____
wtorek od godz. _____ do godz. _____
środa od godz. _____ do godz. _____
czwartek od godz. _____ do godz. _____
piątek od godz. _____ do godz. _____
sobota od godz. _____ do godz. _____

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych Kandydata dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji na Podstawie 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) art 6 ust 1 lit a, w tym informacji zawartych w dokumentacji niezbędnej do realizacji projektu.

....., dnia-.....-2022 r.....
(miejsowość) (podpis Wykonawcy))

***niepotrzebne skreślić**

Fundacja Stella im. Agaty Orłowskiej oświadcza, że Formularz Ofertowy posłuży, jako podstawa do przydzielenia zadań projektu do realizacji przez kandydata.

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Kandydat oświadcza, że: w okresie co najmniej jednego roku przed złożeniem wniosku współpracował w sposób ciągły lub powtarzalny, był/nie był zatrudniony*, świadczył cyklicznie usługi terapeutyczne/rehabilitacyjne/treningowe na rzecz Fundacji i jej podopiecznych/pacjentów, również w formie wolontariatu.

Jeśli tak proszę podać datę od kiedy

Kandydat oświadcza, że jest/nie jest* członkiem Rady i/lub Zarządu Fundacji Stella im. Agaty Orłowskiej. Kandydat oświadcza, że jest/nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo ze Zleceniobiorcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zleceniobiorcy lub osobami wykonującymi w imieniu Zleceniobiorcy czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:

- 1) pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 2) 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.

Miejscowość, data: _____

czytelny podpis składającego oświadczenie

**niepotrzebne skreślić*