



**FORMULARZ OFERTOWY KANDYDATA DO REALIZACJI FORMY WSPARCIA**  
Terapia ruchowa  
**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: \_\_\_\_\_

Oferent oświadcza, że:

1. posiada / nie posiada \* aktualne uprawnienia: dyplomy potwierdzające wykształcenie kierunkowe lub inne uprawniające do realizacji zadania: \_\_\_\_\_

2. 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, z wadami mowy i słuchu. 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 : \_\_\_\_\_



Oferent deklaruje:

a) realizację formy wsparcia poprzez prowadzenie indywidualnych zajęć 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 .....-.....-2023 r.....  
(miejscowość) (podpis Wykonawcy)

**\*niepotrzebne skreślić**

Fundacja Stella im. Agaty Orłowskiej oświadcza, że Formularz Deklaracji ma jedynie formę informacyjną, która posłuży, jako podstawa do przydzielenia zadań projektu do realizacji przez najodpowiedniejszych kandydatów.



## 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*