

## ZAŁĄCZNIK NR 1 – FORMULARZ OFERTOWY

### Dane Zamawiającego:

Stowarzyszenie Pomoc Osobom Pokrzywdzonym „Nadzieja”

Ul. Piłsudskiego 8/23; 38-300 Gorlice

NIP: 7382153828 KRS: 0000711040

email: nadzieja.koordinator@gmail.com

### Dane Wykonawcy (Oferenta):

Nazwa/Imię i nazwisko:

.....

Adres siedziby:

.....

NIP: ..... REGON: .....

KRS/CEIDG: .....

E-mail do kontaktu: ..... Tel: .....

—

## I. ODPOWIEDŹ NA ZAPYTANIE OFERTOWE

Nawiązując do zapytania ofertowego na: „**Świadczenie pomocy psychologicznej i/lub psychoterapeutycznej w ramach projektu Funduszu Sprawiedliwości (Konkurs nr 3/2026) w latach 2027–2029**”, oferuję realizację przedmiotu zamówienia na poniższych warunkach finansowych:

| Rok realizacji | Stawka brutto za 1h w zł | Forma zaangażowania – rodzaj proponowanej umowy | Wymiar zaangażowania deklarowana godzin miesięcznie |
|----------------|--------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Rok 2027       |                          |                                                 |                                                     |
| Rok 2028       |                          |                                                 |                                                     |
| Rok 2029       |                          |                                                 |                                                     |

**Cena słownie Rok 2027:** .....zł

**Cena słownie Rok 2028:** .....zł

**Cena słownie Rok 2029:** .....zł

*Uwaga: Oferowana stawka godzinowa brutto zawiera wszelkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia, w tym podatki, składki ZUS (jeśli dotyczy) oraz koszty dojazdów do miejsca świadczenia usług.*

—

## II. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że spełniam minimalne wymagania dotyczące osoby świadczącej pomoc psychologiczną i/lub psychoterapeutyczną (wybrać właściwe) zawarte w ogłoszeniu.
3. Oświadczam, że posiadam umiejętności i kompetencje dodatkowe zawarte w ogłoszeniu w szczególności (wymienić jakie):  
.....  
.....  
.....  
.....
4. Oświadczam, że moje łączne zaangażowanie zawodowe nie będzie przekraczać 276 godzin miesięcznie w trakcie realizacji niniejszego Zadania.
5. Zobowiązuję się do realizacji zamówienia w terminie od **01.01.2027 r. do 31.12.2029 r.**
6. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

## III. WYKAZ DOŚWIADCZENIA (Kryterium oceny i warunek udziału)

*W celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału oraz w celu przyznania punktów w kryterium oceny „Doświadczenie”, należy wykazać usługi polegające na świadczeniu konsultacji psychologicznych i/lub psychoterapeutycznych (ze szczególnym uwzględnieniem osób pokrzywdzonych przestępstwem lub w kryzysie).*

### Wykaz usług realizowanych w okresie ostatnich 3 lat

| Lp. | Podmiot na rzecz którego świadczone usługi (Nazwa i adres) | Okres realizacji (od-do) | Łączna liczba godzin porad | W tym liczba godzin na rzecz osób pokrzywdzonych/w kryzysie |
|-----|------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------|
|     |                                                            |                          |                            |                                                             |
|     |                                                            |                          |                            |                                                             |
|     |                                                            |                          |                            |                                                             |
|     |                                                            |                          |                            |                                                             |
|     |                                                            |                          |                            |                                                             |

*Do tabeli należy dołączyć dowody określające, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie (np. referencje, protokoły odbioru, oświadczenia).*

**Dane osoby realizującej zamówienie**

Imię i nazwisko Psychologa/Psychoterapeuty (jeśli dotyczy):

.....

Łączne doświadczenie w prowadzeniu konsultacji psychologicznych i/lub  
psychoterapeutycznych dla osób pokrzywdzonych przestępstwem  
(w godzinach): .....

.....

*(Miejscowość, data i podpis Wykonawcy)*