



L.dz: ...24.01...../2021

Zagórze, dnia 13.01.2021r.

## ZAPYTANIE OFERTOWE nr 1/2020/ZO/ZP

### I. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórzku k/Warszawy, 05-462 Wiązowna, NIP 5322002036, REGON 142011670, KRS 0000336643  
Tel. 22 468 24 00 Fax: 22 773 33 23  
Strona internetowa Zamawiającego: [www.centrumzagorze.pl](http://www.centrumzagorze.pl)  
E-mail: [sekretariat@centrumzagorze.pl](mailto:sekretariat@centrumzagorze.pl);  
[Hanna.gados@centrumzagorze.pl](mailto:Hanna.gados@centrumzagorze.pl)

### II. TRYB POSTĘPOWANIA

Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w trybie zapytania ofertowego, na podstawie art. 4 pkt 8 w zw. z art. 6a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz.1579) w pkt 6.5.2 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

Podstawą do wszczęcia postępowania jest pismo z Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych nr MJWPU.WWS-1.420-9357/17 z dn.20.10.2020r. wyrażającym zgodę na dokonanie zmian w projekcie pt. „Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzku”, nr RPMA.09.02.02-14-9357/17

Do czynności podejmowanych przez Zamawiającego i Wykonawców w postępowaniu o udzielenie zamówienia mają zastosowanie postanowienia niniejszego „Zapytania ofertowego”, a w sprawach nieuregulowanych przepisami Kodeksu cywilnego.

### III. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest:

#### Część 1

Świadczenie usług koordynatora ds. diagnostyki w związku z realizacją przez Zamawiającego projektu pn. „Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzku” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

2. Zakres usług świadczonych przez wykonawcę to szczególności:

- 1) Bieżące zarządzanie projektem w zakresie diagnostyki,
- 2) Nadzór nad osobami zatrudnionymi do obsługi projektu w zakresie diagnostyki,
- 3) Dokonywanie podziału zadań merytorycznych pomiędzy osobami zatrudnionymi do realizacji projektu w zakresie diagnostyki,





- 4) Sprawdzanie zgodności realizacji zadań z harmonogramem,
- 5) Terminowe i zgodne z wytycznymi instytucji wdrażającej sporządzanie wymaganych sprawozdań z realizacji projektu w w/w zakresie,
- 6) Dokonywanie w ustalonym trybie w porozumieniu z kierownikiem programu uzgodnień z instytucją wdrażającą w sytuacji braku możliwości dotrzymania harmonogramu.

## Część 2

Świadczenie usług koordynatora ds. terapii w związku z realizacją przez Zamawiającego projektu pn. „Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórz” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

### 3. Zakres usług świadczonych przez wykonawcę to szczególności:

1. Bieżące zarządzanie projektem w zakresie terapii pacjentów z wykorzystaniem zrobotyzowanych systemów rehabilitacji,
2. Nadzór nad osobami zatrudnionymi do obsługi projektu,
3. Sprawdzanie zgodności realizacji zadań z harmonogramem,
4. Terminowe i zgodne z wytycznymi instytucji wdrażającej sporządzanie wymaganych sprawozdań z realizacji projektu w w/w zakresie,
5. Dokonywanie podziału zadań merytorycznych pomiędzy osobami zatrudnionymi do realizacji projektu w zakresie terapii,
6. Sprawdzanie zgodności realizacji zadań z harmonogramem,
7. weryfikowanie pod względem merytorycznym realizowanych i zrealizowanych prac w w/w zakresie,
8. w sytuacji braku możliwości dotrzymania harmonogramu w porozumieniu z kierownikiem projektu dokonywanie w ustalonym trybie uzgodnień z instytucją wdrażającą harmonogramu.

### 9. Ogólny opis projektu:

Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórz.

Celem głównym projektu jest zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w Województwie Mazowieckim poprzez wdrożenie nowoczesnych metod diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń funkcji chodu u 672 dzieci z MPDZ z Województwa Mazowieckiego w wieku od 5 do 18 lat w okresie od stycznia 2018 do grudnia 2020 w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii.

Projekt jest zgodny z dok. strategicznymi Krajowe ramy strategiczne, Policy paper dla ochrony zdrowia 2014-2020, Regionalny Program Zdrowotny.

### 10. Cele szczegółowe Projektu:

- 1) Przeprowadzenie indywidualnej diagnostyki zaburzeń chodu z użyciem nowoczesnych metod u 672 dzieci z MPDZ celem ustalenia optymalnej terapii i zbadania jej efektów – badania początkowe i końcowe oraz porównanie wyników.
- 2) Przeprowadzenie indywidualnej, intensywnej rehabilitacji z użyciem nowoczesnych metod u 672 dzieci z MPDZ, realizacja 3768 cykli terapeutycznych w okresie 3 lat trwania projektu.
- 3) Zwiększenie trwałości potencjału technicznego i technologicznego Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii poprzez zakup na rzecz projektu zaawansowanego technologicznie sprzętu do analizy chodu, który przyczyni się do zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych.







- 4) Poprawa parametrów chodu u co najmniej 75% dzieci, którym udzielono świadczeń, mierzona na podstawie przeprowadzonych badań – w przypadku co najmniej jednego testu wykorzystywanego przy badaniu początkowym i końcowym.

Realizacja Projektu poprzedzona została analizą problemu, potrzeb i ustaleniem sposobu ich zaspokojenia. MPDZ jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży - to jedna z największych grup dzieci objętych opieką medyczną. Dla rodziców i dzieci największym problemem jest zaburzony rozwój funkcji chodu trwale ograniczający możliwości uczestniczenia w życiu społecznym. Ograniczenie to dotyczy także rodzin pacjentów i wiąże się najczęściej z wyłączeniem jednego z opiekunów z aktywności zawodowej. Staje się to przyczyną pogłębienia wykluczenia społecznego rodziny. Turnusy rehabilitacyjne wymagają długotrwałego przebywania pacjenta poza domem, co również wiąże się z wykluczeniem z życia społecznego. Statystycznie ok 70% dzieci z MPDZ ma szansę chodzić w tym ponad 50% samodzielnie. Poprawa umiejętności poruszania się ma pozytywny wpływ na rozwój dzieci z MPDZ. Kluczowe jest wprowadzenie nowoczesnych metod rehabilitacji opartych na nowych technologiach, ale takie świadczenia nie są finansowane przez NFZ. Zrobotyzowane systemy terapii zaburzeń chodu, wykorzystujące wizualne i proprioceptywne sprzężenia zwrotne oraz rzeczywistość wirtualną pozwalają znacznie zwiększyć aktywność pacjenta, taka terapia może mieć wpływ na przebudowę kory mózgowej. Zintensyfikowanie terapii daje pozytywne efekty w krótkim czasie, co pozwala na skrócenie rehabilitacji, brak potrzeby wykluczenia z życia społecznego i rynku pracy. Nowoczesne metody przy zastosowaniu robotów to również poprawa warunków pracy terapeutów, a także możliwości wykonywania większej liczby zabiegów dziennie.

**11. Szczegółowe warunki związane z realizacją przedmiotu zamówienia przedstawiają się następująco:**

- 1) Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot zamówienia zgodnie ze wszystkimi wymaganiami Zamawiającego wskazanymi w niniejszym zapytaniu ofertowym, zgodnie z umową o dofinansowanie projektu wraz z załącznikami oraz na warunkach określonych we wzorze umowy,
- 2) za realizację usług Zamawiający dokona płatności na rachunek Bankowy Wykonawcy w terminie do 30 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT lub rachunku.
- 3) **Kod CPV: 765712000**

**IV. INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI SKŁADANIA OFERT CZĘŚCIOWYCH**

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych w podziale na:  
Część nr 1 – Świadczenie usług koordynatora ds. diagnostyki,  
Część nr 2 – Świadczenie usług koordynatora ds. terapii

**V. WYMAGANIA DOTYCZĄCE REALIZACJI USŁUGI**

1. Usługa będąca przedmiotem niniejszego zamówienia będzie wykonywana od dnia podpisania umowy (m-c czerwiec 2018r.) do dnia 31.12.2020 r.
2. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym w szczególności koszty własne związane z dojazdem do miejsca wykonywania zamówienia.

**VI. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY ICH SPEŁNIANIA**

O udzielenie zamówienia w danej części mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu dotyczące dysponowania następującymi osobami do realizacji zamówienia:





O udzielenie zamówienia mogą się ubiegać Wykonawcy, którzy wykażą, iż dysponują co najmniej 1 osobą, która brała udział w realizacji min.1 projektu/programu zdrowotnego, którego przedmiot jest analogiczny jak w przedmiotowym postępowaniu w każdej z części.

### VII. KRYTERIA OCENY OFERT

- 1) Informacja o wagach punktowych lub procentowych przypisanych do poszczególnych kryteriów oceny oferty:

**Kryterium – Cena - waga 60 %**

**Doświadczenie osób które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia – waga 40%**

- 2) Opis sposobu przyznawania punktacji za spełnienie danego kryterium oceny oferty:  
Kryterium – Cena

Pod pojęciem „cena” rozumie się całkowitą cenę brutto za realizację całego zamówienia  
Ocena w ramach kryterium będzie dokonywana według wzoru:

$$W_1 = \frac{C_{min}}{C_n} \times 60 \text{ pkt}$$

gdzie: W - punkty uzyskane za dane kryterium przez Wykonawcę „badanego”,  
C<sub>min</sub> - najniższa cena wśród zaproponowanych przez Wykonawców,  
C<sub>n</sub> - cena zaproponowana przez Wykonawcę „badanego”.  
W kryterium cena wykonawca może uzyskać max.60 punktów.

- 3) Opis sposobu przyznawania punktacji za spełnienie danego kryterium oceny oferty:  
Kryterium – Doświadczenie osób które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia

Na potrzeby oceny ofert w tym kryterium, Wykonawca musi wykazać:

- udział w min 1 projekcie /programie zdrowotnym, analogicznym z przedmiotem zamówienia w danej części = 20 punktów,
- doświadczenie zawodowe w przeprowadzaniu testów i badań klinicznych u pacjentów (dzieci) z mózgowym porażeniem dziecięcym = 20 punktów.dot.cz.1
- doświadczenie zawodowe w pracy ze zrobotyzowanymi systemami rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym = 20 punktów.dot.cz.2

W kryterium doświadczenie zawodowe wykonawca może otrzymać maksymalnie 40 pkt.

Końcowa cena oferty w danej części będzie dokonywana według wzoru:

$$W = W_1 + W_2$$

gdzie: W – suma punktów uzyskanych przez Wykonawcę „badanego” w kryteriach oceny oferty

W<sub>1</sub> – liczba punktów uzyskanych przez Wykonawcę „badanego” w kryterium cena

W<sub>2</sub> – liczba punktów uzyskanych przez Wykonawcę „badanego” w kryterium doświadczenie zawodowe.

### VIII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

- Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych, z tym zastrzeżeniem że dany Wykonawca może złożyć ofertę wyłącznie na jedną część zamówienia. Złożenie przez jednego Wykonawcę oferty na więcej niż jedna część skutkuje odrzuceniem oferty we wszystkich częściach.
- Wykonawca nie może wycofać oferty ani wprowadzić jakichkolwiek zmian w treści oferty po upływie terminu składania ofert.
- Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w języku polskim wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami na formularzu ofertowym wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1.
- Oferta oraz wszystkie dokumenty muszą być podpisane przez osobę uprawnioną lub upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. W przypadku, gdy ofertę lub załączone do niej dokumenty podpisuje osoba nieujawniona we właściwym rejestrze (KRS) lub ewidencji (CEIDG) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, do oferty należy załączyć pełnomocnictwo,





- w oryginale bądź kopii poświadczonej notarialnie.
5. Kopie załączonych dokumentów powinny być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez osobę uprawnioną lub upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy lub notariusza.
  6. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną lub upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Poprawki mogą być dokonywane jedynie poprzez wyraźne przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego zapisu poprawnego oraz daty.
  7. W celu prawidłowego przygotowania oferty, Wykonawca, który ma wątpliwości co do treści zapytania ofertowego oraz do treści jego załączników, powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania (w formie e-mail na adresy osób wskazanych do kontaktów w pkt XV niniejszego zapytania) przed upływem terminu składania ofert, o którym mowa w ust.10 Zamawiający zastrzega, że udzieli odpowiedzi jedynie na te pytania, które wpłynęły na co najmniej 1 **dzień roboczy** przed upływem terminu wyznaczonego na składanie ofert.
  8. Oferta niespełniająca wymagań Zamawiającego zostanie odrzucona i nie będzie podlegała ocenie.
  9. Ofertę wraz z załącznikami należy składać w opakowaniach uniemożliwiających ich bezśladowe otwarcie np. w zaklejonych kopertach. Opakowanie musi być oznaczone napisem:

.....  
Dane oferenta

Zapytanie ofertowe  
Świadczenie usług w zakresie:  
Część 1 - Koordynatora ds. diagnostyki  
Część 2 - Koordynatora ds. terapii  
**Część 1, 2**  
(proszę zaznaczyć odpowiednią część)

na potrzeby projektu pn. „Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzcu”

**Nie otwierać przed 19 stycznia 2021r. godz. 10:30.**

**VIII. OFERTA POWINNA ZAWIERAĆ:**

1. Wypełniony i podpisany formularz oferty – zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do zapytania.
2. Ponadto Zamawiający wymaga załączenia do oferty następujących dokumentów:
  - 1) aktualnego odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawiony nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert (oryginał, kopia „za zgodność z oryginałem lub wydruk z CEIDG),
  - 2) w przypadku, gdy ofertę lub załączone do niej dokumenty podpisuje osoba nieujawniona we właściwym rejestrze lub ewidencji do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, do oferty należy załączyć pełnomocnictwo, w oryginale bądź kopii poświadczonej notarialnie lub przez wystawcę pełnomocnictwa.
3. Wykaz osoby/osób, skierowanych do realizacji zamówienia, którymi dysponuje Wykonawca - według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszego zapytania.
4. Dokumenty potwierdzające posiadanie doświadczenia zawodowego VII.2) i 3) – w przypadku potwierdzenia udziału w projekcie/programie zdrowotnym Zamawiający dopuszcza złożenie Oświadczenia.

**IX. MIEJSCE I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY**







Oferty należy składać w sekretariacie Zamawiającego do dnia **19 stycznia 2021r. do godz. 10:00** w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 15.00.

#### **X. TERMIN OTWARCIA OFERT**

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **19 stycznia 2021 r. godz. 10:30** w siedzibie Zamawiającego.

#### **XI. TERMIN REALIZACJI UMOWY.**

Zamówienie będzie realizowane w okresie: od dnia podpisania umowy do 31.12.2022 r.(do czasu trwania projektu).

#### **XII. WARUNKI ISTOTNYCH ZMIAN UMOWY ZAWARTEJ W WYNIKU PRZEPROWADZONEGO POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

Zamawiający zastrzega sobie prawo do istotnych zmian postanowień zawartej umowy:

- 1) które nie prowadzą do zmiany charakteru umowy, w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru wykonawcy, w przypadku kiedy konieczność zmiany umowy spowodowana jest okolicznościami, których zamawiający, działając z należytą starannością, nie mógł przewidzieć, a wartość zmiany nie przekracza 50% wartości zamówienia określonej pierwotnie w umowie,
- 2) w zakresie obejmującym zmianę osoby wskazanej przez Wykonawcę do realizacji przedmiotu zamówienia, w przypadku, wystąpienia okoliczności niezależnych od Wykonawcy, Wykonawca obowiązany jest wskazać inną osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie wymagane w opisanych w niniejszym zapytaniu warunkach udziału w postępowaniu,
- 3) zmiany terminu okresu realizacji umowy w przypadku zmiany terminu okresu realizacji projektu i rozliczenia końcowego pomiędzy Beneficjentem a Instytucją Zarządzającą.

Każdorazowa zmiana umowy nastąpi w formie pisemnej – poprzez zawarcie przez Strony aneksu do umowy.

#### **XIII. OSOBY UPOWAŻNIONE DO KONTAKTÓW Z WYKONAWCAMI:**

W zakresie procedury postępowania:

- Hanna Gadoś

tel.: 22 468 2453.

e-mail: hanna.gados@centrumzgorze.pl

W zakresie przedmiotu zamówienia:

- dr n.med.Marcin Bonikowski

tel.: 22 468 24 76

e-mail: [marcin.bonikowski@centrumzgorze.pl](mailto:marcin.bonikowski@centrumzgorze.pl)

#### **XIV. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

1. Po wyborze wykonawcy Zamawiający zastrzega sobie prawo negocjacji warunków realizacji przedmiotu zamówienia.
2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia niniejszego postępowania bez podania przyczyn.
3. Koszty przygotowania oferty pokrywa wykonawca.

#### **XVII. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW**

1. Załącznik nr 1 – Formularz oferty.
2. Załącznik nr 2 – Projekt umowy.
3. Załącznik nr 3 – Wykaz osób.

Przez Zarządu  
ZATWIERDZAM:  
Mieczysław Helmiński





Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

Formularz Oferty

Wykonawca:

.....  
.....  
Nazwa i adres firmy (wykonawcy), NIP, Regon

Osoba/y wskazana/e do kontaktów z Zamawiającym: .....	
Fax:: .....	Telefon: .....
e-mail: .....	

OFERTA

dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórzku k/Warszawy

Nawiązując do zapytania ofertowego o udzielenie zamówienia o wartości poniżej 30 000 euro, dotyczącego postępowania w przedmiocie Świadczenie usług w zakresie: cz.1. Koordynatora ds. diagnostyki\*, cz.2 koordynatora ds. terapii\*, nr spr 1/2021/ZO/ZP na potrzeby projektu pn. „Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzku” składamy niniejszą ofertę:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie ryczałtowe za cenę:

Wynagrodzenie miesięczne: ..... zł. netto,

Netto.....zł.słownie.....zł.

Podatek VAT.....zł.słownie.....zł.

Brutto.....zł.słownie.....zł.

Wynagrodzenie łączne za wykonanie przedmiotu zamówienia :

Netto.....zł.słownie.....zł.

Podatek VAT.....zł.słownie.....zł.

Brutto.....zł.słownie.....zł.

- Cena podana powyżej jest niezmienna w okresie realizacji przedmiotu zamówienia i obejmuje wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w związku z realizacją przedmiotowego zamówienia.
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami niniejszego zapytania ofertowego i zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami w nich zawartymi.
- Dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
- Jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.





6. Wykaz załączników do oferty:

.....

.....dnia.....

.....  
(podpisy uprawnionych przedstawicieli Wykonawcy)

\* niepotrzebne skreślić

1





Załącznik nr 3 do zapytania

Zamawiający:  
Mazowieckie Centrum  
Neuropsychiatrii Sp. z o.o.  
z siedzibą w Zagórzku k/Warszawy,  
05-462 Wiązowna

Wykonawca:

.....

.....

(pełna nazwa/firma, imię i  
nazwisko, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

WYKAZ OSÓB

Składając ofertę na zapytanie ofertowe, którego przedmiotem jest udzielenie zamówienia o wartości do równowartości 30 000 euro w przedmiocie „Świadczenie usług w zakresie:

Część 1 - Koordynatora ds. diagnostyki \*

Część 2 - Koordynatora ds. terapii\*

na potrzeby projektu pn. „Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzku”

Oświadczam, iż dysponuję następującymi osobami, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia:

1.....

..... (miejsowość), dnia ..... r.

.....  
(podpis uprawnionych przedstawicieli Wykonawcy)

\*niepotrzebne skreślić

Uwaga: Osoby prowadzące jednoosobowa działalność gospodarczą nie mają obowiązku składania niniejszego Oświadczenia.