Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego

**WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Opis przedmiotu zamówienia*** | | **Poradnictwo psychologiczne dla uczestników projektu „Daj sobie szansę”** |
| ***Kod i nazwa według Wspólnego Słownika Zamówień (CPV)*** | | 85121270-6 Usługi psychiatryczne lub psychologiczne |
| Lp. | **Parametry zajęć** | **Wymagania Zamawiającego** |
| 1. | **Miejsce realizacji** | GOPS Chojnów  Niedźwiedzickie Lokalne Centrum Animacji |
| 2. | **Termin realizacji** | II 2018 – VI 2019 |
| 3. | **Liczba godzin wsparcia** | 320 godzin (zajęcia indywidualne i grupowych) |
| 4. | ***Liczba osób objętych wsparciem*** | 60 osób w tym 35 osób niepełnosprawnych  Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym |
| 4. | ***Wymagania niezbędne dotyczące Wykonawcy tj. osoby bezpośrednio realizującej zamówienie*** | * wykształcenie wyższe psychologiczne, * posiadanie co najmniej 2-letniego doświadczenia zawodowego, |
| 5. | **Zakres zadań** | * świadczenie poradnictwa psychologicznego uczestnikom projektu, * prowadzenie dokumentacji z zakresu udzielanego wsparcia. |

Jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego niniejszym oświadczam, że oferowane przeze mnie usługi spełniają wszystkie wymagania Zamawiającego opisane w powyższej tabeli i zobowiązuję się do wykonania zamówienia zgodnie z tymi wymaganiami.

W przypadku zaangażowania osoby realizacji innego projektu współfinansowanego ze środków unijnych bądź wykonywania innych zadań wynikających z umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło konieczne jest prowadzenie ewidencji godzin pracy i zadań realizowanych w ramach wszystkich zadań, w które jest dana osoba zaangażowana i przekazania Zamawiającemu wraz z rozliczeniem wynagrodzenia. Osoba świadcząca poradnictwo psychologiczne winna weryfikować i na bieżąco monitorować stan efektywnego realizowania zadania w ramach niniejszego projektu. Zatem Wykonawca zobowiązuje się w toku realizacji umowy do bezwzględnego stosowania Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020 (w szczególności w zakresie maksymalnego dopuszczalnego limitu zaangażowania zawodowego w liczbie 276 godzin miesięcznie).

............................... , dnia……………... ..............................................................................................

miejscowość) (podpis Wykonawcy lub osoby upełnomocnionej prawni