

**POWIATOWY ZESPÓŁ PORADNI
PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNYCH W WEJHEROWIE**
84-200 Wejherowo, ul. Ofiar Piaśnicy 22 tel. 058/770-08-540 fax. 058/770-08-555

Wejherowo dnia 17.04.2026 r.

Powiatowy Zespół
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych
w Wejherowie
ul. Ofiar Piaśnicy 22, 84-200 Wejherowo
tel. 58 77 08 540
REGON 220476365, NIP 5222238811

ZAPYTANIE OFERTOWE

„Świadczenie usług zajęć terapii ręki”

1. ZAMAWIAJĄCY:

Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Wejherowie
ul. Ofiar Piaśnicy 22
84 – 200 Wejherowo
tel. 58 770-85-40
email: pppwejherowo@poradnia-wejherowo.pl

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest realizacja specjalistycznych zajęć terapeutycznych – terapia ręki, z dziećmi od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci w ramach realizacji Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno – Rehabilitacyjno-Opiekuńczego

Terapia ręki – do 200 godzin (1 godz.= 60 min)

W pierwszej kolejności na świadczenie usług zajęć terapii ręki, kierowane są dzieci z Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego w Wejherowie. Po wstępnej weryfikacji złożonych wniosków przez rodziców / opiekunów prawnych. Analiza wniosków wykonywana jest przez zespół koordynacyjny Projektu. Na ewentualne wolne miejsca, za zgodą Koordynatora projektu, mogą zostać przyjęte inne dzieci z terenu Powiatu Wejherowskiego.

Miejsce realizacji zamówienia, na terenie Powiatu Wejherowskiego w miastach Wejherowo lub Reda lub Rumia lub miejscowości na terenie Powiatu Wejherowskiego z dostępnym dojazdem dla rodziców i dzieci środkami komunikacji publicznej. Zapewnienie miejsca realizacji zamówienia leży po stronie Wykonawcy. Miejsce wykonania zamówienia powinno spełniać warunki do należytego wykonania usług terapii ręki.

3. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Wykształcenie wyższe kierunkowe z zakresu m.in. pedagogiki przedszkolnej, wczesnoszkolnej lub oligofrenopedagogiki, logopedii, fizjoterapii lub terapii zajęciowej; doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi.

4. OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA TYCH WARUNKÓW

Zamawiający uzna warunek za spełniony, gdy Wykonawca wykaże, że dysponuje kwalifikacjami niezbędnymi do wykonania zamówienia. Kwalifikacje potwierdzi kopiami dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie. Kopie dokumentów należy własnoręcznie potwierdzić za oryginałem z datą składania oferty.

5. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY

W formularzu oferty należy podać cenę netto, stawkę podatku VAT wg obowiązującej wysokości stawki tego podatku, kwotę podatku VAT oraz cenę brutto (cyfrowo i słownie).

6. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie realizowane będzie od dnia podpisania umowy **do dnia 18.12.2026 r.**

7. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

1. Ustala się, że składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, od dnia składania ofert.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

8. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT

1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Ofertę składa się pod rygorem nieważności w formie pisemnej.
2. Oferta obejmie całość przedmiotu zamówienia i musi być sporządzona w oparciu o zapytanie ofertowe.

9. WYKAZ DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY:

1. Ofertę określającą cenę zamówienia (załącznik nr 1).
2. Dokumenty potwierdzające spełnianie warunków udziału w postępowaniu.

10. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

Ofertę należy złożyć w Powiatowym Zespole Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Wejherowie, ul. Ofiar Piaśnicy 22, 84 – 200 Wejherowo (sekretariat, 113) **do dnia 27.04.2026 r. godz. 9:00**

Osoba do kontaktu w sprawie zapytania ofertowego: Kierownik Gospodarczy PZPPP email: zamowienia@poradnia-wejherowo.pl

DYREKTOR
Powiatowego Zespołu
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych
w Wejherowie
Sylvia Romanowska
Sylvia Romanowska

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy

.....

Siedziba Wykonawcy

.....

Do: Nazwa i siedziba Zamawiającego: **Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno
 – Pedagogicznych w Wejherowie, ul. Ofiar Piaśnicy 22, 84 – 200 Wejherowo**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe na „**Świadczenie usług zajęć terapii ręki**”
 oferuję wykonywanie usługi będącej przedmiotem zamówienia za cenę:

.....zł brutto	x	200	=zł brutto
Cena brutto za 1 godzinę		Ilość godzin objęta przedmiotem zamówienia		Cena ofert brutto

Cena netto słownie:zł

Stawka podatku VAT

Cena brutto słownie:zł

Oświadczam, że uważam się za związanego(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni, od dnia składania ofert. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem(am) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

Załączniki do oferty

1.

2.

....., dn.

.....
 (podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)