**Zamawiający**: Bieruń, dnia 25.05.2022 r**.**

Powiat Bieruńsko-Lędziński

43-155 Bieruń, ul. św. Kingi 1

NIP: 6462887644

REGON: 276255192

Telefon: (32) 226-91-00

Faks: (32) 226-90-00

działający przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną

43-155 Bieruń, ul. Granitowa 130

* NIP: 646-288-76-44
* REGON: 276255192

 **Do wszystkich Wykonawców**

Dotyczy: postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym bez negocjacji na podstawie art. 275 pkt 1 Oznaczenie sprawy: **RZP 6/2022; RF.272.10.2022**

**„Prowadzenie zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka - poprzez zajęcia ze specjalistami oraz udzielanie dodatkowych usług terapeutów, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów i innych specjalistów w celu realizacji zadań wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego**

**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bieruniu”.**

## **INFORMACJA Z OTWARCIA OFERT**

Zamawiający zgodnie z art. 222 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1129 ze zmianami) przekazuje informację o: nazwach albo imionach i nazwiskach oraz siedzibach lub miejscach prowadzonej działalności gospodarczej albo miejscach zamieszkania wykonawców, których oferty zostały otwarte oraz cenach zawartych w  ofertach:

1. Otwarcie ofert nastąpiło w dniu 24.05.2022 r. o godz. 10.30 za pośrednictwem platformy zakupowej pod adresem: <https://e-zp.powiatbl.pl/>
2. Do upływu terminu składania ofert, tj. do dnia 24.05.2022 r. do godz. 10:00 zostały złożone oferty:
3. **REHABILIS mgr Marcin Lis**

Ul. Targowa 13,

43-502 Czechowice-Dziedzice

NIP: 652-163-98-25

REGON: 2411208001

**CZĘŚĆ I – FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT:**

1. Kryterium cena brutto za część zamówienia:
2. **000,00 zł** (cena brutto za jedną godzinę zegarową) = **80,00 zł**
3. Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć:

**- Martyna Grzyb**

**- Marcin Lis**

1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ I – FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT:**  | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **1.** | **Martyna Grzyb** | **Około 200 dzieci** |
| **2.** | **Marcin Lis** | **Około 200 dzieci** |

**Warunki dodatkowe:**

1) technik fizjoterapii z prawem do wykonywania zawodu wpisanym w KRF
i potwierdzoną współpracą z placówką medyczną

2) ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. Integracji Sensorycznej .......................................................tak/~~nie~~\*
2. Gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej .............................. tak/~~nie~~\*
3. Hipoterapii............................................................................ ~~tak~~/nie\*
4. Dogoterapii .......................................................................... ~~tak~~/nie\*

1. **Specjalistyczna Praktyka Rozwojowa „Trener” Łyszczarz Ewa**

Ul. Karola Miarki 6,

43-250 Pawłowice

NIP: 633 106 02 17

REGON: 240982388

**CZĘŚĆ I – FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT:**

1. Kryterium cena brutto za część zamówienia:

**157 500,00 zł** (cena brutto za jedną godzinę zegarową) = **90,00 zł**

* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Aneta Pecold**

A. Pozacenowe kryterium oceny ofert:

* 1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ I – FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT:**  | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **1.** | **Aneta Pecold** | **1500** |

**Warunki dodatkowe:**

1. technik fizjoterapii z prawem do wykonywania zawodu wpisanym w KRF
i potwierdzoną współpracą z placówką medyczną

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

* 1. Integracji Sensorycznej ....................................................... tak/~~nie~~\*
	2. Gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej .............................. tak/~~nie~~\*
	3. Hipoterapii............................................................................ ~~tak/~~nie\*
	4. Dogoterapii .......................................................................... ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Dominika Wilk**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	* + - 1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ I – FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT:**  | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **2.** | **Dominika Wilk** | **800** |

**Warunki dodatkowe:**

1. technik fizjoterapii z prawem do wykonywania zawodu wpisanym w KRF
i potwierdzoną współpracą z placówką medyczną

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. Integracji Sensorycznej ........................................................tak/~~nie~~\*
2. Gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej .............................. tak/~~nie~~\*
3. Hipoterapii............................................................................ ~~tak/~~nie\*
4. Dogoterapii .......................................................................... ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Paulina Chmielewska**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
2. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ I – FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT:**  | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **3.** | **Paulina Chmielewska** | **750** |

**Warunki dodatkowe:**

1. technik fizjoterapii z prawem do wykonywania zawodu wpisanym w KRF
i potwierdzoną współpracą z placówką medyczną

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. Integracji Sensorycznej .......................................................tak/~~nie~~\*
2. Gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej .............................. ~~tak~~/nie\*
3. Hipoterapii............................................................................ ~~tak/~~nie\*
4. Dogoterapii .......................................................................... ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Joanna Pisarek**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ I – FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT:**  | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **4.** | **Joanna Pisarek** | **950** |

**Warunki dodatkowe:**

1. technik fizjoterapii z prawem do wykonywania zawodu wpisanym w KRF
i potwierdzoną współpracą z placówką medyczną

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. Integracji Sensorycznej .......................................................~~tak~~/nie\*
2. Gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej .............................. ~~tak~~/nie\*
3. Hipoterapii............................................................................ ~~tak/~~nie\*
4. Dogoterapii .......................................................................... ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Agnieszka Czmajduch**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
2. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ I – FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT:**  | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **5.** | **Agnieszka Czmajduch** | **3000** |

**Warunki dodatkowe:**

1. technik fizjoterapii z prawem do wykonywania zawodu wpisanym w KRF
i potwierdzoną współpracą z placówką medyczną

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. Integracji Sensorycznej .......................................................tak/~~nie~~\*
2. Gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej .............................. tak/~~nie~~\*
3. Hipoterapii............................................................................ ~~tak/~~nie\*
4. Dogoterapii .......................................................................... ~~tak~~/nie\*

**CZĘŚĆ II – PEDAGOG:**

* Kryterium cena brutto za część zamówienia:

**27 000,00 zł** (cena brutto za jedną godzinę zegarową) = **90,00 zł**

* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć:  **Berger Barbara**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ II – PEDAGOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **1.** | **Berger Barbara** | **3000** |

**Warunki dodatkowe:**

1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
2. Oligofrenopedagogiki ....................................................... ~~tak~~/nie\*
3. Tyflopedagogiki .................................................................~~tak~~/nie\*
4. Surdopedagogiki ................................................................~~tak~~/nie\*

 2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. Integracji Sensorycznej .....................................................~~tak~~/nie\*
2. TUS ...................................................................................tak/~~nie~~\*
3. Terapii ręki ........................................................................tak/~~nie~~\*
4. EEG-BFB/neuroterapii .....................................................~~tak~~/nie\*
5. Tomatisa/innych zajęć słuchowych ..................................~~tak~~/nie\*
6. Komunikacji alternatywnej ................................................~~tak~~/nie\*
7. Hipoterapii..........................................................................~~tak~~/nie\*
8. Dogoterapii.........................................................................~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć:  **Cygan Maryla**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ II – PEDAGOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **2.** | **Cygan Maryla** | **3000** |

**Warunki dodatkowe:**

* + - 1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
1. Oligofrenopedagogiki ....................................................... tak/~~nie~~\*
2. Tyflopedagogiki .................................................................~~tak~~/nie\*
3. Surdopedagogiki ..............................................................~~.tak~~/nie\*
	* + 1. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:
4. Integracji Sensorycznej ......................................................tak/~~nie~~\*
5. TUS .....................................................................................tak/~~nie~~\*
6. Terapii ręki ..........................................................................~~tak~~/nie\*
7. EEG-BFB/neuroterapii .......................................................tak~~/nie~~\*
8. Tomatisa/innych zajęć słuchowych ...................................~~tak~~/nie\*
9. Komunikacji alternatywnej .................................................~~tak~~/nie\*
10. Hipoterapii...........................................................................~~tak~~/nie\*
11. Dogoterapii..........................................................................~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć:  **Alicja Piotrowska – Burda**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ II – PEDAGOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **3.** | **Alicja Piotrowska-Burda** | **300** |

dne z poniższych:

1. Oligofrenopedagogiki ....................................................... ~~tak~~/nie\*
2. Tyflopedagogiki .................................................................~~tak~~/nie\*
3. Surdopedagogiki ..............................................................~~.tak~~/nie\*

 2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. Integracji Sensorycznej .....................................................~~tak~~/nie\*
2. TUS ...................................................................................~~.tak~~/nie\*
3. Terapii ręki ..........................................................................~~tak~~/nie\*
4. EEG-BFB/neuroterapii .......................................................~~tak~~/nie\*
5. Tomatisa/innych zajęć słuchowych ..................................~~tak~~/nie\*
6. Komunikacji alternatywnej ................................................~~tak~~/nie\*
7. Hipoterapii...........................................................................tak/~~nie~~\*
8. Dogoterapii..........................................................................~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć:  **Katarzyna Josse**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ II – PEDAGOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **4.** | **Katarzyna Josse** | **3000** |

**Warunki dodatkowe:**

* + - 1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
1. Oligofrenopedagogiki ....................................................... tak/~~nie~~\*
2. Tyflopedagogiki .................................................................~~tak~~/nie\*
3. Surdopedagogiki ...............................................................tak/~~nie~~\*
4. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:
5. Integracji Sensorycznej .....................................................~~tak~~/nie\*
6. TUS ..................................................................................~~.~~tak/~~nie~~\*
7. Terapii ręki ........................................................................tak/~~nie~~\*
8. EEG-BFB/neuroterapii .....................................................~~tak~~/nie\*
9. Tomatisa/innych zajęć słuchowych ..................................tak/~~nie~~\*
10. Komunikacji alternatywnej .................................................~~tak~~/nie\*
11. Hipoterapii...........................................................................~~tak~~/nie\*
12. Dogoterapii..........................................................................~~tak~~/nie\*

**CZĘŚĆ III – PSYCHOLOG:**

* Kryterium cena brutto za część zamówienia:

**27 000,00** zł (cena brutto za jedną godzinę zegarową) = **90,00 zł**

* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Cygan Maryla**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ III – PSYCHOLOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **1.** | **Cygan Maryla** | **3000** |

**Warunki dodatkowe:**

1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
2. Oligofrenopedagogiki ................................................... tak/~~nie~~\*
3. Tyflopedagogiki ............................................................. ~~tak~~/nie\*
4. Surdopedagogiki .......................................................... ~~tak~~/nie\*

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. TUS .............................................................................. tak/~~nie~~\*
2. Psychoterapia ............................................................. ~~tak~~/nie\*
3. Terapia rodzin ............................................................. ~~tak~~/nie\*
4. EEG-BFB/neuroterapii ................................................. tak/~~nie~~\*
5. Komunikacji alternatywnej ........................................... ~~tak~~/nie\*
6. Hipoterapii .................................................................... ~~tak~~/nie\*
7. Dogoterapii ................................................................... ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Dubiel Mikołaj**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ III – PSYCHOLOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **2.** | **Dubiel Mikołaj** | **300** |

**Warunki dodatkowe:**

* + - 1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
1. Oligofrenopedagogiki ................................................... ~~tak~~/nie\*
2. Tyflopedagogiki ........................................................... ~~tak~~/nie\*
3. Surdopedagogiki .......................................................... ~~tak~~/nie\*

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. TUS .............................................................................. tak/~~nie~~\*
2. Psychoterapia ............................................................. tak/~~nie~~\*
3. Terapia rodzin ............................................................. ~~tak~~/nie\*
4. EEG-BFB/neuroterapii ................................................ ~~tak~~/nie\*
5. Komunikacji alternatywnej ........................................... ~~tak/~~nie\*
6. Hipoterapii .................................................................... tak/~~nie~~\*
7. Dogoterapii ................................................................... ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Alicja Byszewska**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ III – PSYCHOLOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **3.** | **Alicja Byszewska** | **300** |

**Warunki dodatkowe:**

1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
2. Oligofrenopedagogiki ................................................... ~~tak~~/nie\*
3. Tyflopedagogiki ........................................................... ~~tak~~/nie\*
4. Surdopedagogiki .......................................................... ~~tak~~/nie\*

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. TUS .............................................................................. ~~tak~~/nie\*
2. Psychoterapia ............................................................. tak/~~nie~~\*
3. Terapia rodzin ............................................................. tak/~~nie~~\*
4. EEG-BFB/neuroterapii .................................................. ~~tak~~/nie\*
5. Komunikacji alternatywnej ........................................... tak/~~nie~~\*
6. Hipoterapii .................................................................... ~~tak~~/nie\*
7. Dogoterapii ................................................................... ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Fatuła Krystian**
* Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ III – PSYCHOLOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **4.** | **Fatuła Krystian** | **1200** |

**Warunki dodatkowe:**

1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
2. Oligofrenopedagogiki ................................................... ~~tak~~/nie\*
3. Tyflopedagogiki ........................................................... ~~tak~~/nie\*
4. Surdopedagogiki .......................................................... ~~tak~~/nie\*

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. TUS ................................................................................ tak/~~nie~~\*
2. Psychoterapia ............................................................... tak/~~nie~~\*
3. Terapia rodzin ............................................................... ~~tak~~/nie\*
4. EEG-BFB/neuroterapii .................................................. ~~tak~~/nie\*
5. Komunikacji alternatywnej ........................................... ~~tak~~/nie\*
6. Hipoterapii .................................................................... ~~tak~~/nie\*
7. Dogoterapii ................................................................... ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Iwona Pietranczyk**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ III – PSYCHOLOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **5.** | **Iwona Pietrańczyk** | **800** |

**Warunki dodatkowe:**

* + - 1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
1. Oligofrenopedagogiki ................................................... ~~tak~~/nie\*
2. Tyflopedagogiki ............................................................. ~~tak~~/nie\*
3. Surdopedagogiki .......................................................... ~~tak~~/nie\*

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. TUS ............................................................................. ~~tak~~/nie\*
2. Psychoterapia ............................................................. ~~tak~~/nie\*
3. Terapia rodzin ............................................................. ~~tak~~/nie\*
4. EEG-BFB/neuroterapii ................................................. ~~tak~~/nie\*
5. Komunikacji alternatywnej ........................................... tak/~~nie~~\*
6. Hipoterapii .................................................................... ~~tak~~/nie\*
7. Dogoterapii ................................................................... ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Stąpel Magdalenia**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ III – PSYCHOLOG** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **6.** | **Stąpel Magdalena** | **400** |

**Warunki dodatkowe:**

1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
2. Oligofrenopedagogiki ................................................... ~~tak~~/nie\*
3. Tyflopedagogiki ............................................................. ~~tak~~/nie\*
4. Surdopedagogiki .......................................................... ~~tak~~/nie\*

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. TUS ............................................................................... tak/~~nie~~\*
2. Psychoterapia ............................................................... ~~tak~~/nie\*
3. Terapia rodzin .............................................................. ~~tak~~/nie\*
4. EEG-BFB/neuroterapii ...................................................~~tak~~/nie\*
5. Komunikacji alternatywnej ........................................... ~~tak~~/nie\*
6. Hipoterapii .................................................................... ~~tak~~/nie\*
7. Dogoterapii ................................................................... ~~tak~~/nie\*

**CZĘŚĆ IV –LOGOPEDA:**

1. Kryterium cena brutto za część zamówienia:

**49 500,00 zł** (cena brutto za jedną godzinę zegarową) = **90,00 zł**

* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Matyszkiewicz Jadwiga**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ IV – LOGOPEDA** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **1.** | **Matyszkiewicz Jadwiga** | **3000** |

**Warunki dodatkowe:**

1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
2. Surdopedagogiki....................................................... ~~tak~~/nie\*
3. Surdologopedia ....................................................... tak/~~nie~~\*
4. Neurologopedia ........................................................ tak/~~nie~~\*
5. Oligofrenopedagogiki ................................................ tak~~/nie~~\*

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. TUS ........................................................................... tak/~~nie~~\*
2. Tomatisa/innych zajęć słuchowych .......................... tak/~~nie~~\*
3. EEG-BFB/neuroterapii ............................................. ~~tak~~/nie\*
4. Komunikacji alternatywnej ...................................... ~~tak~~/nie\*
5. Hipoterapii ................................................................ ~~tak~~/nie\*
6. Dogoterapii ................................................................ ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Josse Katarzyna**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ IV – LOGOPEDA** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **2.** | **Josse Katarzyna** | **3000** |

**Warunki dodatkowe:**

1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
2. Surdopedagogiki....................................................... tak/~~nie~~\*
3. Surdologopedia ....................................................... ~~tak~~/nie\*
4. Neurologopedia ........................................................ tak/~~nie~~\*
5. Oligofrenopedagogiki ................................................ tak/~~nie~~\*

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. TUS ........................................................................... tak/~~nie~~\*
2. Tomatisa/innych zajęć słuchowych ........................... tak/~~nie~~\*
3. EEG-BFB/neuroterapii ............................................... ~~tak~~/nie\*
4. Komunikacji alternatywnej ........................................ ~~tak~~/nie\*
5. Hipoterapii ................................................................. ~~tak~~/nie\*
6. Dogoterapii ................................................................ ~~tak~~/nie\*
* Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia zajęć: **Iwona Pietrańczyk**
1. Pozacenowe kryterium oceny ofert:
	1. **Doświadczenie zawodowe – ocena osób/y, które/a osobiście będzie/ą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****CZĘŚĆ IV – LOGOPEDA** | **liczba prowadzonych dzieci, rodzin** |
| **3.** | **Iwona Pietrańczyk** | **800** |

**Warunki dodatkowe:**

* + - 1. ukończone studnia podyplomowe wymienione jedne z poniższych:
1. Surdopedagogiki....................................................... ~~tak~~/nie\*
2. Surdologopedia ....................................................... ~~tak~~/nie\*
3. Neurologopedia ........................................................ ~~tak~~/nie\*
4. Oligofrenopedagogiki ................................................ ~~tak~~/nie\*

2. ukończone kursy, szkolenia, terapie z zakresu:

1. TUS ......................................................................... ~~tak~~/nie\*
2. Tomatisa/innych zajęć słuchowych ......................... ~~tak~~/nie\*
3. EEG-BFB/neuroterapii ............................................. ~~tak~~/nie\*
4. Komunikacji alternatywnej ......................................~~tak~~/nie\*
5. Hipoterapii ...............................................................~~tak~~/nie\*
6. Dogoterapii ..............................................................~~tak~~/nie\*

 STAROSTA

 BERNARD BEDNORZ