Załącznik Nr 1 do IWZ

#### FORMULARZ OFERTOWY

**Zamawiający:** Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

Jednostka Budżetowa Gminy Miasta Gdyni

81-265 Gdynia, ul. Grabowo 2

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie przepisów określonych w Dziale III, rozdział 6 „Zamówienia na usługi społeczne i inne szczególne usługi” ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 poz. 1843), zwanej dalej ustawą Pzp, zgodnie z art. 138g – 138n pkt. 1 oraz 139-8q – 138s ustawy Pzp, w procedurze jak dla wartości zamówienia powyżej równowartości kwoty 750 000 euro, którego przedmiotem jest:

**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z afazją z terenu Gdyni**

**Dane Wykonawcy:**

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………*

*adres:……………………………………………………………………………………………………………………………..*

*województwo: …………………………………………………*

*NIP: ………………………………………………………… Regon: …………………………………………………………*

*Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy i podpisująca ofertę: ………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:*

*numer telefonu:…………………………………………… numer faksu:…………………………………………………*

*e-mail: ………………………………………………… adres skrzynki ePUAP: ……………………………………………*

*Adres do korespondencji (inny niż adres siedziby Wykonawcy): …………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………*

* + 1. Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z afazją z terenu Gdyni**, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższą tabelą za cenę :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rok** | **Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych (PLN)** | **Planowana ilość godzin w okresie obowiązywania umowy** | **Wartość brutto (PLN)***(2x3)* |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* |
| **2020** |  | **400** |  |
| **2021** |  | **1200** |  |
| **2022** |  | **200** |  |
| **Razem cena oferty brutto** |  |

**Cena oferty brutto** (wartość brutto): …………………. zł (**słownie** : ……………………………) w tym ………% stawka podatku od towarów i usług w wysokości ………………………… zł

**Cena oferty netto** (wartość netto): …………………zł

* + 1. Oświadczam/-my, że złożona oferta uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia, a zaoferowana cena nie jest ceną dumpingową i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji .
		2. Oświadczam/-my, że zamówienie wykonam/-my zgodnie z zakresem rzeczowym przedmiotu zamówienia oraz zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
		3. Oświadczam/-my, że:
			1. zapoznałem/-liśmy się z warunkami zamówienia, treścią IWZ oraz projektem umowy i nie wnoszę/-imy do nich zastrzeżeń,
			2. zdobyłem/-liśmy konieczne informacje do przygotowania Oferty i wykonania zamówienia,
			3. jestem/-eśmy związany/-ni złożona ofertą przez okres 60 dni – bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,
			4. zapoznałem/-liśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 10 do IWZ, przyjmuje/-emy go bez zastrzeżeń i we wskazanym przez Zamawiającego terminie i miejscu zobowiązuję/-emy się do podpisania umowy, na warunkach określonych w IWZ,
			5. akceptujemy warunki płatności znajdujące się w projekcie umowy, stanowiącym załącznik nr 10 do IWZ.
		4. Oświadczam/-my, że zamówienie zrealizuje/-emy sami /przy udziale podwykonawców:

*(wypełnić, jeżeli dotyczy)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia powierzona podwykonawcom | Nazwa firmy podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

* 1. Zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia w terminie 18 miesięcy od dnia zawarcia umowy, ale nie wcześniej niż od dnia 01.09.2020 r.
	2. Zostałem/-liśmy poinformowany/-ni, że mogę/-żemy wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji jednocześnie wykazując, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa oraz zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania.
	3. Oświadczam/-my, że jestem / jesteśmy: mikroprzedsiębiorcą / małym przedsiębiorcą / średnim przedsiębiorcą\*.

*\* niepotrzebne skreślić*

* 1. Załącznikami do oferty są niżej wymienione dokumenty i oświadczenia, które należy rozumieć jako aktualne i wskazane przez zemnie / przez nas w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia z postępowania:
1. …………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………………………………

Załącznik Nr 2 do IWZ

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………..*

# **Oświadczenie Wykonawcy**

#  **Dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z afazją z terenu Gdyni,** prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, oświadczam / -my co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam/-my, że spełniam/-y warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 IWZ.

**INFORMACJA W ZAWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam/-my, że w celu wskazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 IWZ polegam/-y na zasobach następującego/-ych podmiotu/-ów: …………..………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………...………..………………….......………………………………………………………..….., w następującym zakresie: ……………………………..…………………………………………………………………......................……………………………………………………………………………………………………........

 *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam/-my, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełna świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Załącznik nr 3 do IWZ

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………*

# **Oświadczenie Wykonawcy**

#  **Dotyczące PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z postępowaniA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z afazją z terenu Gdyni,** prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, oświadczam / -my co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

* + - 1. Oświadczam/-my, że nie podlegam/-my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12‑23, ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843),
			2. Oświadczam/-my, że nie podlegam/-my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).

Oświadczam/-my, że zachodzą w stosunku do mnie / nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ….... ustawy Prawo zamówień publicznych *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt. 13-14, 16-20 lub art. 24 ust.5 pkt.1 i 4 ustawy Prawo zamówień publicznych).* Jednocześnie oświadczam/-my, że w związku z ww. okolicznościami, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych podjąłem/podjęliśmy następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………………............

……………………………………………………………………………………………………............

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam/-my, że następujący/-e podmiot/-y, na którego/-ych zasoby powołuje/-my się w niniejszym postępowaniu tj.: ………………………...…………………………………………. ………………………………………………………………………… *(podać pełną nazwę /firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/ Pesel, KRS/CEiDG)* nie podlega/-ją wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12-22, ust. 5 pkt. 1 i 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam/my, że następujący/-ce podmiot/-y, będący/-e podwykonawcą/-ami:……………… …………………………...........……………………………………………………………………… *(podać pełną nazwę /firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/ Pesel, KRS/CEiDG)* nie podlega/-ją wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12-22, ust. 5 pkt. 1 i 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z dnia 2019 r. poz. 1843).

 OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam/-my, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełna świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Załącznik Nr 4 do IWZ

**Zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy**

**niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia**

*Uwaga!*

*Zamiast niniejszego dokumentu można przedstawić inne dokumenty, które określą w szczególności:*

* *zakres dostępnych Wykonawcy zasobów innego podmiotu,*
* *sposób wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez Wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia publicznego,*
* *zakres i okres udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego,*
* *czy podmiot, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych zrealizuje usługi , których wskazane zdolności dotyczą.*

Ja:

……………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko osoby /osób upoważnionej /-ych do reprezentowania podmiotu)*

działając w imieniu i na rzecz:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

*(podać pełną nazwę /firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/ Pesel, KRS/CEiDG)*

zobowiązujemy się do oddania niżej wymienionych zasobów na potrzeby wykonania przedmiotu zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

*(określenie zasobu: sytuacja ekonomiczna lub finansowa, zdolność techniczna lub zawodowa)*

do dyspozycji Wykonawcy:

……………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa Wykonawcy składającego ofertę)*

w trakcie wykonywania zamówienia, którego przedmiotem jest **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z afazją z terenu Gdyni**, na następujących zasadach:

* + - * 1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby w następujący sposób:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

* + - * 1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów, przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

* + - * 1. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

* + - * 1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Załącznik Nr 5 do IWZ

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………*

**WYKAZ USŁUG**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z afazją z terenu Gdyni** poniżej przedstawiam wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, obejmujący co najmniej usługi wymagane w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 lit. c1 IWZ.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis / zakres świadczonej usługi  | Ilość godzin w ramach świadczonej usługi(należy poda faktyczną ilość zrealizowanych godzin) | Nazwa zleceniodawcy | Termin realizacji, w którym była świadczona usługi (a w przypadku świadczeń okresowych i ciągłych - jest świadczona) | Doświadczenie własne Wykonawcy / Wykonawca polega na zdolnościach zawodowych innych podmiotów1 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  | własne / oddane do dyspozycji2 |
|  |  |  |  |  | własne / oddane do dyspozycji2 |
|  |  |  |  |  | własne / oddane do dyspozycji2 |
|  |  |  |  |  | własne / oddane do dyspozycji2 |

Uwaga: Wykonawca jest zobowiązany wypełnić wszystkie rubryki podając informacje, z których wynikać będzie spełnienie opisanego w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 lit. c1 IWZ warunku w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej.

Do wykazu należy załączyć dowody potwierdzające, że wymienione usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

1 - w przypadku polegania na wiedzy i doświadczeniu innego podmiotu Wykonawca zobowiązany jest dołączyć, w szczególności zobowiązania innych podmiotów do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów z zakresu zdolności technicznej lub zawodowej na potrzeby realizacji zamówienia (wzór – załącznik nr 4 do IWZ)

2 – niewłaściwe skreślić

Załącznik Nr 6 do IWZ

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………*

**WYKAZ OSÓB**

**na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z afazją z terenu Gdyni,** poniżej przedstawiam /-my wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie Usług, obejmujący co najmniej osoby wymagane w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 lit. c2 IWZ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* |
| Lp. | **Nazwisko i imię** | **Posiadane kwalifikacje do wykonywania zawodu:**- psycholog lub- logopeda  | **Wykształcenie***(należy wpisać nazwę dokumentu potwierdzającego posiadane kwalifikacje zawodowe wymienione w kolumnie nr 3)*  | **Miejsce odbycia stażu pracy**, o którym mowa w § 3 ust. 2 Rozporządzenia w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych*(należy podać nazwę i adres miejsca odbycia stażu)* | **Informacja** o ukończeniu szkolenia z zakresu udzielenia pierwszej pomocy / pomocy przedmedycznej*(należy podać rodzaj szkolenia, nazwę jednostki szkolącej oraz datę wystawienia dokumentu o ukończeniu szkolenia)* | **Doświadczenie w** pracy terapeutycznej z osobami z afazją*(należy podać miejsce, oraz adres zdobycia doświadczenia oraz ilość lat doświadczenia)* | **Informacje** o podstawie dysponowania osobą*(Należy wpisać np. umowa o pracę, umowa zlecenie itp.)* |
| Nazwa dokumentu oraz nazwa wystawy dokumenty  | Rok wydania dokumentu |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Uwaga:*** *Informacja o podstawie do dysponowania osobą wskazaną w wykazie – należy podać czy jest to np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, czy też osoba podana w wykazie, zostanie udostępniona przez inny podmiot. W przypadku, gdy Wykonawca polega na osobach skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, udostępnionych przez inne podmioty, do wykazu należy dołączyć, w szczególności pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania Wykonawcy do dyspozycji wskazanych w wykazie osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.*

***Uwaga:*** *Zamawiający nie dopuszcza możliwości wskazania tych samych osób w Załączniku nr 6 oraz w Załączniku nr 7.*

Załącznik Nr 7 do IWZ

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………*

**WYKAZ OSÓB**

**na potrzeby oceny w kryterium II „zastępowalność personelu”**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z afazją z terenu Gdyni,** poniżej przedstawiam /-my wykaz dodatkowych osób skierowanych do realizacji zamówienia w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie Usług, spełniających wymogi określone w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 lit. c3 IWZ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* |
| Lp. | **Nazwisko i imię** | **Posiadane kwalifikacje do wykonywania zawodu:**- psycholog lub- logopeda  | **Wykształcenie***(należy wpisać nazwę dokumentu potwierdzającego posiadane kwalifikacje zawodowe wymienione w kolumnie nr 3)*  | **Miejsce odbycia stażu pracy**, o którym mowa w § 3 ust. 2 Rozporządzenia w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych*(należy podać nazwę i adres miejsca odbycia stażu)* | **Informacja** o ukończeniu szkolenia z zakresu udzielenia pierwszej pomocy / pomocy przedmedycznej*(należy podać rodzaj szkolenia, nazwę jednostki szkolącej oraz datę wystawienia dokumentu o ukończeniu szkolenia)* | **Doświadczenie w** pracy terapeutycznej z osobami z afazją*(należy podać miejsce, oraz adres zdobycia doświadczenia oraz ilość lat doświadczenia)* | **Informacje** o podstawie dysponowania osobą*(Należy wpisać np. umowa o pracę, umowa zlecenie itp.)* |
| Nazwa dokumentu oraz nazwa wystawy dokumenty  | Rok wydania dokumentu |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Uwaga:*** *Informacja o podstawie do dysponowania osobą wskazaną w wykazie – należy podać czy jest to np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, czy też osoba podana w wykazie, zostanie udostępniona przez inny podmiot. W przypadku, gdy Wykonawca polega na osobach skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, udostępnionych przez inne podmioty, do wykazu należy dołączyć, w szczególności pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania Wykonawcy do dyspozycji wskazanych w wykazie osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.*

***Uwaga:*** *Zamawiający nie dopuszcza możliwości wskazania tych samych osób w Załączniku nr 7 oraz w Załączniku nr 6.*