**Znak sprawy: GOPS.FK.27.271.1.2021.SG Załącznik nr 1 do SWZ**

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W INOWROCŁAWIU**

**ul. Królowej Jadwigi 43, 88-100 Inowrocław**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** |
| Nazwa: **GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W INOWROCŁAWIU**  |
| Adres: 88-100 Inowrocław, ul. Królowej Jadwigi 43 |
| **WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA \***  |
| 1. | Nazwa:  |
| Województwo:  |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Kraj: |
| Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu):  |
| NIP: |
| **E-mail: \*\*** | Tel.:  |

\* W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w formularzu należy wpisać wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

\*\* Ze względu na dopuszczenie porozumiewania się Zamawiającego z oferentami drogą elektroniczną (e-mail), prosimy o wpisanie powyższych danych do formularza oferenta wraz z numerem telefonu.

|  |
| --- |
|  **ADRES DO KORESPONDENCJI***(wypełnić w przypadku, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż siedziba Wykonawcy)* |
| Nazwa:  |
| Województwo:  |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Kraj:  |
| Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu): |
| **E-mail: \*\*** | Tel.:  |

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |
| **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu** |

|  |
| --- |
| **WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA:** |
| ***Część zamówienia*** | ***Cena netto1 godziny wykonania usługi*** | ***Podatek VAT*** | ***Cena brutto1 godziny wykonania usługi*** | ***Szac. Ilość godzin*** | ***Wartość zamówienia brutto*** | ***Termin płatności rachunku lub faktury*** |
|  | ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5 = 3\*4*** | ***6*** |
| ***CZĘŚĆ 1******Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi***  |  |  |  | ***1248*** |  |  |
| ***CZĘŚĆ 2******Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi w formie integracji sensorycznej*** |  |  |  | ***728*** |  |  |
| ***CZĘŚĆ 3******Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi w formie treningu umiejętności społecznych*** |  |  |  | ***260*** |  |  |
| ***CZĘŚĆ 4******Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi w formie rehabilitacji metodą Vojty***  |  |  |  | ***520*** |  |  |

 *Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

 *Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

Oświadczamy, że cena oferty została sporządzona w oparciu o całkowity przedmiot zamówienia, posiadaną wiedzę i doświadczenie, uwzględnia wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia oraz należny podatek od towarów i usług VAT .

**2. Termin realizacji zamówienia: zgodnie z postanowieniami SWZ.**

**3. Termin związania ofertą: zgodnie z postanowieniami SWZ.**

**4. Akceptujemy wzór umowy.**

**5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia (SWZ), a także wzorem umowy oraz wszystkimi innymi dokumentami i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz uznajemy się za związanych określonymi w nich warunkami.Oświadczam, iż jest nam znana charakterystyka miejsca realizacji zamówienia, w stopniu niezbędnym do przygotowania oferty oraz zawarcia umowy i wykonania przedmiotu zamówienia.**

**6. Numer rachunku bankowego do ewentualnych rozliczeń wynikających z możliwości wyłonienia Wykonawcy a tym samym zawarcia umowy:**

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

**7. Oświadczamy, że wykonamy/nie wykonamy całość zamówienia siłami własnymi.1**

**Następujące prace zamierzamy powierzyć podwykonawcom:**

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

**8. Powstanie obowiązku podatkowego u Zamawiającego:**

***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY z art. 225 ust. 1 i 2 ustawy Pzp***

*Oświadczamy, że*

***1. Wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług1***

***2. Wybór oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług1***

***3. Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył1***

***………….………………………………………………………………………………………………………………….….***

***objętych przedmiotem zamówienia, podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT,
a ich wartość netto (bez kwoty podatku) będzie wynosiła …………………………..………....1 zł. .............................................. ………………..…………………………………………………………….***

W wypadku wyboru opcji 1) opcję 2) i 3) przekreślić.

W przypadku wyboru opcji 2) opcję 1) przekreślić.

Wpisać nazwę/rodzaj towaru lub usługi, które będą prowadziły do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

Wpisać wartość netto (bez kwoty podatku) towaru/towarów lub usługi/usług podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, wymienionych wcześniej. Art. 225 ust. 1 i 2 ustawy
z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 ze zm.)

Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

**9. Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mikroprzedsiębiorstwo** |  |
| **Małe przedsiębiorstwo** |  |
| **Średnie przedsiębiorstwo** |  |
| **Inne (należy wpisać)** |  |

 \* zaznaczyć odpowiednie lub przekreślić jeśli nie dotyczy

**Mikroprzedsiębiorstwo:** *przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

**Małe przedsiębiorstwo:** *przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

**Średnie przedsiębiorstwa:** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

**10. Wskazanie dostępności oświadczeń lub dokumentów w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych:**

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

 *Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

 *Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*