Załącznik Nr 1 do SWZ

**WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA:**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

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

reprezentowany / reprezentowani przez:

…………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko)*

Adres poczty elektronicznej (e-mail): ……………………………………………………………………………………………..……………………..………….

Data: .............................

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Działając w imieniu i na rzecz ***Wykonawcy:*** .....................................................................................

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

*(nazwa albo imię i nazwisko Wykonawcy, siedziba albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy)*

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego naŚwiadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego(znak: SOP.3700.5.2024) oświadczam/y, że:

cena za jedną osobo/dobę realizacji usług opieki wytchnieniowej wynosi: ………….……… zł brutto [[1]](#footnote-1) słownie ……………………………..………………………………………….……...……… w tym …………..… % (stawka) podatku VAT /……………………………………………………………………..podstawa zwolnienia z VAT [[2]](#footnote-2)

Placówka wyznaczona do realizacji zadania mieści się pod adresem ……………….………………………………………………………………………………………….…………………………………………..……

1. W celu dokonania oceny oferty oświadczam/y, iż do realizacji zamówienia skierowane zostaną osoby

o kwalifikacjach określonych w części IX ust. 2 pkt 4 lit b SWZ oraz posiadające doświadczenie w świadczeniu usług polegających na udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom z niepełnosprawnościami zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Imię i nazwisko* | *Wyrażone w miesiącach doświadczenie w świadczeniu usług polegających na udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom z niepełnosprawnościami* |
| *1.* |  |  |
| *2.* |  |  |
| *3.* |  |  |

# Oświadczam, że posiadam ……………… letnie doświadczenie zawodowe w zakresie zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami całodobowej opieki.

1. Oświadczam/y, że:
2. podana cena zawiera wszelkie koszty, jakie Wykonawca poniesie z tytułu realizacji przedmiotowego zamówienia,
3. zamówienie będzie realizowane i dokumentowane zgodnie z zasadami Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oraz postanowieniami Specyfikacji Warunków Zamówienia,
4. akceptuję zasady korzystania z platformy zakupowej i uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania oferty i wykonania zamówienia,
5. jestem/śmy związany/ni ofertą przez okres wskazany w SWZ i akceptuję/emy postanowienia wzoru umowy, a w przypadku udzielenia zamówienia zobowiązuję/emy się do podpisania umowy na zasadach określonych w ww. dokumencie,
6. zgodnie z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
7. Jestem/śmy: czynnym zarejestrowanym podatnikiem podatku VAT/ zwolniony/ni z podatku VAT na podstawie art. …………………………………………… ustawy o podatku od towarów i usług[[3]](#footnote-3),
8. jestem/śmy (wybrać właściwą opcję):

* mikro przedsiębiorcą,
* małym,
* średnim przedsiębiorcą,
* jednoosobową działalnością gospodarczą,
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* inny rodzaj,

1. rachunek bankowy w ………………………………………………..…………………………………………...……………

o nr ………….……………………………………………………………………………………………………………..…………… został wydzielony na cele prowadzonej działalności gospodarczej.

1. wybór naszej oferty (wybrać właściwą opcję):

* nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług,
* będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług. Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ……………………………………….…………………..…….……….[[4]](#footnote-4) objętych przedmiotem zamówienia, a ich wartość netto (bez kwoty podatku) będzie wynosiła ………………………………………………....[[5]](#footnote-5) zł.

1. zobowiązuję się do zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami co najmniej w zakresie określonym minimalnymi wymaganiami, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz SWZ.
2. Przedmiot zamówienia zamierzam/y realizować [[6]](#footnote-6) (wybrać właściwą opcję):

* bez udziału podwykonawców,
* z udziałem podwykonawców. Część zamówienia, której wykonanie zamierzam/y powierzyć podwykonawcom obejmuje:[[7]](#footnote-7)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wskazanie części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom | Podanie przez Wykonawcę nazwy i adresu podwykonawców o ile są znani |
|  |  |  |
|  |  |  |

W przypadku niewskazania udziału podwykonawców, zamawiający przyjmie, że całe zamówienie zostanie wykonane przez Wykonawcę samodzielnie bez udziału podwykonawców.

1. Oświadczam/y, że:

* nie polegam na zasobach innych podmiotów,
* polegam na zasobach innych podmiotów

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu udostępniającego zasoby Wykonawcy | Zdolności techniczne lub zawodowe lub sytuacja finansowa lub ekonomiczna udostępniana Wykonawcy przez podmiot udostępniający zasoby |
|  |  |  |
|  |  |  |

W przypadku niewskazania podmiotu udostępniającego zasoby Wykonawcy, Wykonawca samodzielnie będzie wykazywał spełnienie warunków udziału w postępowaniu.

1. Do kontaktów w zakresie realizacji zamówienia wyznaczam: ………………………………………………….., nr telefonu …………………………………..……… e-mail ..………...…………………………………………..……………….

Plik/Dokument należy podpisać **elektronicznym kwalifikowanym podpisem** lub **podpisem zaufanym** lub **podpisem osobistym**.

1. Przez kwotę brutto rozumie się kwotę wynagrodzenia wraz z kosztami pracy. Przez koszty pracy zatrudniającego należy rozumień sumę wynagrodzeń brutto oraz składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych poniesionych przez zatrudniającego. [↑](#footnote-ref-1)
2. wpisać stawkę podatku lub podstawę zwolnienia z podatku VAT [↑](#footnote-ref-2)
3. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. wpisać (rodzaj) towaru/usługi, która będzie prowadziła do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług [↑](#footnote-ref-4)
5. wpisać wartość netto (bez kwoty podatku) usługi/usług wymienionych w przypisie 4 [↑](#footnote-ref-5)
6. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-6)
7. należy wypełnić, jeżeli Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom części zamówienia [↑](#footnote-ref-7)