###### Rozdział 2

**Oferta wraz z formularzami**

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy/Wykonawców)* | OFERTA |

**Do:**

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**

**ul. Betonowa 1A,**

**86-005 Białe Błota**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 ust. 1 ustawy Pzp, pod nazwą:

**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych, będących podopiecznymi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białych Błotach w 2025 r. z podziałem na części:**

**Zadanie 1 –** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii logopedycznej oraz terapii neurologopedycznej**\*

**Zadanie 2 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie integracji sensorycznej oraz terapii sensorycznej**\*

**Zadanie 3 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii ruchowej lub terapii ruchowej metodą Vojty lub terapii ruchowej metodą Bobath lub rehabilitacja ruchowa\***

**Zadanie 4 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii pedagogicznej**\*

**Zadanie 5 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **behawioralnej**\*

**Zadanie 6 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **treningu umiejętności społecznych**\*

**Zadanie 7 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **psychologicznej lub terapii psychologiczno-pedagogicznej\***

**Zadanie 8 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii ręki**\*

\*niepotrzebne skreślić

Znak postępowania: **GOPS**.**271.2.2024.ZP**

**MY NIŻEJ PODPISANI**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

będącego mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwem \* ***niewłaściwe skreślić***

*Uwaga: Definicja mikro, małego i średniego przedsiębiorcy znajduje się w ustawie z dnia 6 marca 2018 r.   
Prawo przedsiębiorców (t.j.* Dz. U. z 2024 poz.236).

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia dla niniejszego postępowania (SWZ).
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wyjaśnieniami i zmianami SWZ przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia dla zadania nr 1 **za cenę ofertową brutto za 1 h usług terapii logopedycznej oraz terapii neurologopedycznej: ……………………………… zł**

**(słownie złotych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \***

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia dla zadania nr 2 **za cenę ofertową brutto za 1 h usług integracji sensorycznej oraz terapii sensorycznej: …………………………………….…… zł**

**(słownie złotych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \***

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia dla zadania nr 3 **za cenę ofertową brutto za 1 h usług terapii ruchowej lub terapii ruchowej metodą Vojty lub terapii ruchowej metodą Bobath lub rehabilitacja ruchowa: …………………………………….…… zł**

**(słownie złotych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \***

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia dla zadania nr 4 **za cenę ofertową brutto za 1 h usług terapii pedagogicznej: …………………………………….…… zł**

**(słownie złotych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \***

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia dla zadania nr 5 **za cenę ofertową brutto za 1 h usług terapii behawioralnej: …………………………………….…… zł**

**(słownie złotych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \***

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia dla zadania nr 6 **za cenę ofertową brutto za 1 h usług treningu umiejętności społecznych: …………………………………….…… zł**

**(słownie złotych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \***

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia dla zadania nr 7 **za cenę ofertową brutto za 1 h usług terapii** **psychologicznej lub terapii psychologiczno-pedagogicznej: ………………………………… zł**

**(słownie złotych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \***

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia dla zadania nr 8 **za cenę ofertową brutto za 1 h usług terapii ręki: …………………………………….…… zł**

**(słownie złotych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \***

1. **INFORMUJEMY**, że *(właściwe zakreślić)[[1]](#footnote-1)*:

* wybór oferty **nie  będzie\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego**.**
* wybór oferty **będzie\*** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących *towarów/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Wartość *towaru/ usług* *(w zależności od przedmiotu zamówienia)* powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł netto**.**

1. **ZAMIERZAMY\*** powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZAMIERZAMY\* powierzyć wykonanie części zamówienia następującym podwykonawcom (o ile jest to wiadome, podać firmy podwykonawców).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(zakres powierzonej części zamówienia) (firma podwykonawcy)

ZAMIERZAMY\*wykonać zamówienie siłami własnymi.

1. **OŚWIADCZAMY**, iż warunki udziału w postępowaniu

**\*** spełniamy samodzielnie /w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu w odniesieniu do niniejszego zamówienia, będziemy polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych podmiotów udostępniających zasoby: ………………………………………………………………… *(w sytuacji, kiedy Wykonawca powołuje się na podmiot udostępniający zasoby należy podać nazwę podmiotu udostępniającego zasoby)*

1. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania zamówienia w terminie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. **Oświadczamy, iż osoba wykonująca usługi opiekuńcze posiada doświadczenie zawodowe:\* zadanie nr ….. - ………… lat.**

*\* należy podać doświadczenie zawodowe zgodnie z opisem pkt 19.3.2) SWZ*

1. **AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Zamawiającego w SWZ.
2. **JESTEŚMY** związani ofertą przez okres wskazany w SWZ.
3. **OŚWIADCZAMY**, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od \_\_\_ do \_\_\_ stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku nr \_\_\_ do Oferty i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane.
4. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z projektowanymi postanowieniami umowy, określonymi w SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego   
   w niniejszym postępowaniu[[3]](#footnote-3).
6. **UPOWAŻNIONYM DO KONTAKTU** w sprawie przedmiotowego postępowania jest:

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Imię i nazwisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
adres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **OFERTĘ** składamy na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ stronach.
2. **SPIS dołączonych formularzy, oświadczeń i dokumentów:** *(należy wymienić wszystkie złożone formularze, oświadczenia i dokumenty itp.)*:
3. *Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania ………….…*
4. *Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu …….…*
5. *………………..……..*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ \_\_\_\_ roku

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)*

**\* niepotrzebne skreślić**

**Rozdział 3**

**Formularze dotyczące spełniania przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu/ wykazania braku podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania:**

|  |  |
| --- | --- |
| Formularz 3.1 | Wzór oświadczenia Wykonawcy o braku podstaw do wykluczenia z postępowania – *SKŁADA KAŻDY WYKONAWCA WRAZ Z OFERTĄ ORAZ PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY ZASOBY – JEŻELI WYSTĘPUJE* |
| Formularz 3.2 | Wzór oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu - *SKŁADA KAŻDY WYKONAWCA WRAZ Z OFERTĄ ORAZ PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY ZASOBY W ZAKRESIE ICH UDOSTĘPNIENIA– JEŻELI WYSTĘPUJE* |
| Formularz 3.3 | Propozycja treści zobowiązania do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia – *WYKONAWCA SKŁADA WRAZ Z OFERTĄ, JEŻELI WYSTĘPUJE PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY ZASOBY* |
| Formularz 3.4 | Wzór wykazu usług |
| Formularz 3.5 | Wzór wykazu osób |

**Formularz 3.1**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  **składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**  **o braku podstaw do wykluczenia z udziału w postępowaniu** |

**Wykonawca / podmiot udostępniający zasoby: \***

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

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

REGON:……………………….……….. NIP: …………………………………

KRS (*jesli dotyczy*): ………………………………………

reprezentowany przez:

…………………………………………………

…………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Składając ofertę w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 ust. 1 ustawy Pzp na:

**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych, będących podopiecznymi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białych Błotach w 2025 r. z podziałem na części:**

**Zadanie 1 –** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii logopedycznej oraz terapii neurologopedycznej**\*

**Zadanie 2 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie integracji sensorycznej oraz terapii sensorycznej**\*

**Zadanie 3 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii ruchowej lub terapii ruchowej metodą Vojty lub terapii ruchowej metodą Bobath lub rehabilitacja ruchowa\***

**Zadanie 4 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii pedagogicznej**\*

**Zadanie 5 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **behawioralnej**\*

**Zadanie 6 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **treningu umiejętności społecznych**\*

**Zadanie 7 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **psychologicznej lub terapii psychologiczno-pedagogicznej\***

**Zadanie 8 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii ręki**\*

\*niepotrzebne skreślić

Znak postępowania: **GOPS.271.2.2024.ZP**

prowadzonym przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białych Błotach oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 109 ust. 1 pkt 4-10 ustawy Pzp w zakresie okoliczności, które Zamawiający wskazał   
   w ogłoszeniu o zamówieniu oraz w pkt 8.2. Instrukcji dla Wykonawców.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**\* niepotrzebne skreślić**

***Formularz 3.1 c.d.***

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art.* 108 ust. 1 pkt. 1, 2, 5, 6 *, lub art.* 109 ust. 1 pkt 4-10 *Pzp \* w zakresie okoliczności, które Zamawiający wskazał w ogłoszeniu o zamówieniu i w pkt 8.2. Instrukcji dla Wykonawców).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące czynności:

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

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**\* niepotrzebne skreślić**

**Formularz 3.2**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  **składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp o spełnieniu warunków**  **udziału w postępowaniu** |

**Wykonawca / podmiot udostępniający zasoby: \***

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

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

*(pełna nazwa/firma, adres)*

REGON:……………………….……….. NIP: …………………………………

KRS (*jesli dotyczy*): ………………………………………

reprezentowany przez:

…………………………………………………

…………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Składając ofertę w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 ust. 1 ustawy Pzp na:

**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych, będących podopiecznymi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białych Błotach w 2025 r. z podziałem na części:**

**Zadanie 1 –** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii logopedycznej oraz terapii neurologopedycznej**\*

**Zadanie 2 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie integracji sensorycznej oraz terapii sensorycznej**\*

**Zadanie 3 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii ruchowej lub terapii ruchowej metodą Vojty lub terapii ruchowej metodą Bobath lub rehabilitacja ruchowa\***

**Zadanie 4 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii pedagogicznej**\*

**Zadanie 5 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **behawioralnej**\*

**Zadanie 6 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **treningu umiejętności społecznych**\*

**Zadanie 7 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **psychologicznej lub terapii psychologiczno-pedagogicznej\***

**Zadanie 8 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii ręki**\*

\*niepotrzebne skreślić

Znak postępowania: **GOPS**.**271.2.2024.ZP**

prowadzonym przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białych Błotach, oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt 7.2. Instrukcji dla Wykonawców (Rozdział 1 Tom I SWZ)

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**\* niepotrzebne skreślić**

***Formularz 3.2 c.d.\****

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w pkt 7.2. Instrukcji dla Wykonawców (Rozdział 1 Tom I SWZ) polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………….……………………………….……w następującym zakresie:

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

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**\* część 3.2.cd Wykonawca wypełnia tylko w przypadku, gdy polega za zdolnościach podmiotu udostępniającego zasoby**

**Formularz 3.3**

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa podmiotu oddającego potencjał )* | **ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**  **do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia** |

*UWAGA:*

*=> Zamiast niniejszego Formularza można przedstawić inne dokumenty, w szczególności:*

*• zobowiązanie podmiotu, o którym mowa w art. 118 ustawy Pzp*

*• dokumenty określające:*

1. *Zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby,*
2. *Sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia*
3. *Czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wyksztalcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą*

Ja,

*[Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu, stanowisko(np. właściciel, prezes zarządu, członek zarządu, prokurent, upełnomocniony reprezentant itp.\*)]*

działając w imieniu i na rzecz:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG podmiotu na zasobach którego polega Wykonawca)*

zobowiązuję się do oddania swoich zasobów

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(określenie zasobu – wiedza i doświadczenie , potencjał kadrowy)*

do dyspozycji Wykonawcy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa Wykonawcy)*

przy wykonywaniu zamówienia pod nazwą:

**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych, będących podopiecznymi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białych Błotach w 2025 r. z podziałem na części:**

**Zadanie 1 –** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii logopedycznej oraz terapii neurologopedycznej**\*

**Zadanie 2 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie integracji sensorycznej oraz terapii sensorycznej**\*

**Zadanie 3 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii ruchowej lub terapii ruchowej metodą Vojty lub terapii ruchowej metodą Bobath lub rehabilitacja ruchowa\***

**Zadanie 4 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii pedagogicznej**\*

**Zadanie 5 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **behawioralnej**\*

**Zadanie 6 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **treningu umiejętności społecznych**\*

**Zadanie 7 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **psychologicznej lub terapii psychologiczno-pedagogicznej\***

**Zadanie 8 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii ręki**\*

\*niepotrzebne skreślić

Znak postępowania: **GOPS**.**271.2.2024.ZP**

Oświadczam, iż:

a) udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie *( należy podać informacje umożliwiające ocenę spełnienia warunków przez udostępniane zasoby)* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) zakres i okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d) będę realizował nw. roboty / usługi, których dotyczą udostępniane zasoby odnoszące się do warunków udziału dot. kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, na których polega Wykonawca:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Formularz 3.3 c.d.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_ roku

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Podmiotu/ osoby*

*upoważnionej do reprezentacji Podmiotu)*

**Formularz 3.4.**

…………………………………..…..

Pieczęć wykonawcy

|  |
| --- |
| **WYKAZ USŁUG** |

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 ust. 1 ustawy Pzp pn.:

**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych, będących podopiecznymi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białych Błotach w 2025 r. z podziałem na części:**

**Zadanie 1 –** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii logopedycznej oraz terapii neurologopedycznej**\*

**Zadanie 2 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie integracji sensorycznej oraz terapii sensorycznej**\*

**Zadanie 3 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii ruchowej lub terapii ruchowej metodą Vojty lub terapii ruchowej metodą Bobath lub rehabilitacja ruchowa\***

**Zadanie 4 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii pedagogicznej**\*

**Zadanie 5 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **behawioralnej**\*

**Zadanie 6 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **treningu umiejętności społecznych**\*

**Zadanie 7 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **psychologicznej lub terapii psychologiczno-pedagogicznej\***

**Zadanie 8 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii ręki**\*

\*niepotrzebne skreślić

Znak postępowania: **GOPS.271.2.2024.ZP**

*Ja/my niżej podpisany/ni*

…………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców) (w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)

Oświadczam/my, że wykonawca zrealizował w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, następujące usługi:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane**  **(wpisać nazwę i adres)** | **Nazwa zadania/miejsce wykonania** | **Data wykonania (zakończenia)**  **(dzień/miesiąc/rok)** | **Rodzaj usług**  **[opis zakresu rzeczowego wykonanych usług winien w swej treści zawierać informacje jednoznacznie potwierdzające spełnienie warunku udziału dotyczącego zdolności technicznej i zawodowej, w zakresie doświadczenia, opisanego *w pkt. 7.2.3.aa) SWZ]*** | **Dowód/dowody należytego wykonania usług**  **stanowi**  **załącznik**  **Nr ………...**  ***(wpisać odpowiedni numer)*** | **Podmiot, który wykonał usługi (Wykonawca/ Podmiot udostępniający swoje zasoby)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

…………….……., ……….. r.

(miejscowość, data)

…………………………………………………

(podpis wykonawcy)

\*niepotrzebne skreślić

**Formularz 3.5.**

…………………………………..…..

Pieczęć wykonawcy

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB** |

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 ust. 1 ustawy Pzp pn.:

**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych, będących podopiecznymi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białych Błotach w 2025 r. z podziałem na części:**

**Zadanie 1 –** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii logopedycznej oraz terapii neurologopedycznej**\*

**Zadanie 2 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie integracji sensorycznej oraz terapii sensorycznej**\*

**Zadanie 3 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii ruchowej lub terapii ruchowej metodą Vojty lub terapii ruchowej metodą Bobath lub rehabilitacja ruchowa\***

**Zadanie 4 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii pedagogicznej**\*

**Zadanie 5 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **behawioralnej**\*

**Zadanie 6 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **treningu umiejętności społecznych**\*

**Zadanie 7 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych **w zakresie terapii** **psychologicznej lub terapii psychologiczno-pedagogicznej\***

**Zadanie 8 -** Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób bez zaburzeń psychicznych w zakresie **terapii ręki**\*

\*niepotrzebne skreślić

Znak postępowania: **GOPS.271.2.2024.ZP**

*Ja/my niżej podpisany/ni*

…………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców) (w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)

Oświadczam/my, że wykonawca, którego reprezentuję skieruje do realizacji zamówienia niżej wskazane osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe. Uprawnienia** | **Wykształcenie**  **Doświadczenie** | **Podstawa do dysponowania osobami** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………….……., ……….. r.

(miejscowość, data)

…………………………………………………

(podpis wykonawcy)

\*niepotrzebne skreślić

1. *Przed wypełnieniem poniższego oświadczenia Wykonawca zobowiązany jest zapoznać się z treścią pkt 15.7 SWZ oraz art. 225 ustawy Pzp.* [↑](#footnote-ref-1)
2. rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-3)