**Załącznik nr 1 do SWZ**

…………………………..… dnia …………2024 r.

Nazwa i adres WYKONAWCY: (prowadzącego działalność gospodarczą)

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

NIP: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…

albo

Nazwa i adres WYKONAWCY: (będącego osobą fizyczną)

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

PESEL: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…)

**OFERTA CENOWA**

**na realizację zamówienia publicznego:**

**„Świadczenie usług asystenckich dla osób starszych**

zgodnie z wymaganiami określonymi w specyfikacji warunków zamówienia dla tego postępowania składamy niniejszą ofertę na wskazaną niżej część:

1. Za wykonanie przedmiotu zamówienia oferujemy cenę w kwocie łącznej brutto *(cena brutto w przypadku firm/osób prawnych zawiera podatek VAT, który Wykonawca jest zobowiązany obliczyć zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w przypadku osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej cena brutto zawiera wszelkie narzuty (tzw. brutto brutto). Cena uwzględnia wykonanie wszystkich czynności oraz zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia świadczonego przez okres i na warunkach określonych w SWZ. )* dla części (właściwą zaznaczyć i wypełnić):

**□ Część 1:**

Cena za 1 godzinę asystencji nad osoba starszą ………………… zł brutto x 1680 godzin zegarowych , co łącznie daje ……………………………………………………… zł brutto ( słownie: ……………………………………………………………………………………………..)

**Kryteria poza cenowe:**

**Dostępność Wykonawcy na żądanie Zamawiającego:**

Deklaruję następujący maksymalny czas potrzebny mi na rozpoczęcie świadczenia usług u podopiecznego (uczestnika projektu), liczony od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego do momentu rozpoczęcia ich świadczenia u danego podopiecznego:

□ powyżej 96 godzin (nie więcej jednak niż 168 godzin)

□ czas reakcji powyżej 72 do 96 godzin

□ czas reakcji powyżej 48 do 72 godzin

□ czas reakcji do 48 godzin

**Deklaracja wykonywania usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP**

Deklaruję realizację usług przez ………………… (należy wskazać ilość osób) zatrudnionych przez podmiot ekonomii społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy Pzp.

W przypadku braku wskazania o zadeklarowanej realizacji przez PES, Wykonawca otrzyma 0 pkt

**□ Część 2:**

Cena za 1 godzinę asystencji nad osoba starszą ………………… zł brutto x 1620 godzin zegarowych , co łącznie daje ……………………………………………………… zł brutto ( słownie: ……………………………………………………………………………………………..)

**Kryteria poza cenowe:**

**Dostępność Wykonawcy na żądanie Zamawiającego:**

Deklaruję następujący maksymalny czas potrzebny mi na rozpoczęcie świadczenia usług u podopiecznego(uczestnika projektu), liczony od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego do momentu rozpoczęcia ich świadczenia u danego podopiecznego:

□ powyżej 96 godzin (nie więcej jednak niż 168 godzin)

□ czas reakcji powyżej 72 do 96 godzin

□ czas reakcji powyżej 48 do 72 godzin

□ czas reakcji do 48 godzin

**Deklaracja wykonywania usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP**

Deklaruję realizację usług przez ………………… (należy wskazać ilość osób) zatrudnionych przez podmiot ekonomii społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy Pzp.

W przypadku braku wskazania o zadeklarowanej realizacji przez PES, Wykonawca otrzyma 0 pkt

**□ Część 3:**

Cena za 1 godzinę asystencji nad osoba starszą ………………… zł brutto x 1440 godzin zegarowych , co łącznie daje ……………………………………………………… zł brutto ( słownie: ……………………………………………………………………………………………..)

**Kryteria poza cenowe:**

**Dostępność Wykonawcy na żądanie Zamawiającego:**

Deklaruję następujący maksymalny czas potrzebny mi na rozpoczęcie świadczenia usług u podopiecznego(uczestnika projektu), liczony od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego do momentu rozpoczęcia ich świadczenia u danego podopiecznego:

□ powyżej 96 godzin (nie więcej jednak niż 168 godzin)

□ czas reakcji powyżej 72 do 96 godzin

□ czas reakcji powyżej 48 do 72 godzin

□ czas reakcji do 48 godzin

**Deklaracja wykonywania usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP**

Deklaruję realizację usług przez ………………… (należy wskazać ilość osób) zatrudnionych przez podmiot ekonomii społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy Pzp.

W przypadku braku wskazania o zadeklarowanej realizacji przez PES, Wykonawca otrzyma 0 pkt

**□ Część 4:**

Cena za 1 godzinę asystencji nad osoba starszą ………………… zł brutto x 1080 godzin zegarowych, co łącznie daje ……………………………………………………… zł brutto ( słownie: ……………………………………………………………………………………………..)

**Kryteria poza cenowe:**

**Dostępność Wykonawcy na żądanie Zamawiającego:**

Deklaruję następujący maksymalny czas potrzebny mi na rozpoczęcie świadczenia usług u podopiecznego(uczestnika projektu), liczony od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego do momentu rozpoczęcia ich świadczenia u danego podopiecznego:

□ powyżej 96 godzin (nie więcej jednak niż 168 godzin)

□ czas reakcji powyżej 72 do 96 godzin

□ czas reakcji powyżej 48 do 72 godzin

□ czas reakcji do 48 godzin

**Deklaracja wykonywania usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP**

Deklaruję realizację usług przez ………………… (należy wskazać ilość osób) zatrudnionych przez podmiot ekonomii społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy Pzp.

W przypadku braku wskazania o zadeklarowanej realizacji przez PES, Wykonawca otrzyma 0 pkt

**□ Część 5:**

Cena za 1 godzinę asystencji nad osoba starszą ………………… zł brutto x 1080 godzin zegarowych, co łącznie daje ……………………………………………………… zł brutto ( słownie: ……………………………………………………………………………………………..)

**Kryteria poza cenowe:**

**Dostępność Wykonawcy na żądanie Zamawiającego:**

Deklaruję następujący maksymalny czas potrzebny mi na rozpoczęcie świadczenia usług u podopiecznego(uczestnika projektu), liczony od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego do momentu rozpoczęcia ich świadczenia u danego podopiecznego:

□ powyżej 96 godzin (nie więcej jednak niż 168 godzin)

□ czas reakcji powyżej 72 do 96 godzin

□ czas reakcji powyżej 48 do 72 godzin

□ czas reakcji do 48 godzin

**Deklaracja wykonywania usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP**

Deklaruję realizację usług przez ………………… (należy wskazać ilość osób) zatrudnionych przez podmiot ekonomii społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy Pzp.

W przypadku braku wskazania o zadeklarowanej realizacji przez PES, Wykonawca otrzyma 0 pkt

**□ Część 6:**

Cena za 1 godzinę asystencji nad osoba starszą ………………… zł brutto x 1080 godzin zegarowych, co łącznie daje ……………………………………………………… zł brutto ( słownie: ……………………………………………………………………………………………..)

**Kryteria poza cenowe:**

**Dostępność Wykonawcy na żądanie Zamawiającego:**

Deklaruję następujący maksymalny czas potrzebny mi na rozpoczęcie świadczenia usług u podopiecznego(uczestnika projektu), liczony od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego do momentu rozpoczęcia ich świadczenia u danego podopiecznego:

□ powyżej 96 godzin (nie więcej jednak niż 168 godzin)

□ czas reakcji powyżej 72 do 96 godzin

□ czas reakcji powyżej 48 do 72 godzin

□ czas reakcji do 48 godzin

**Deklaracja wykonywania usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP**

Deklaruję realizację usług przez ………………… (należy wskazać ilość osób) zatrudnionych przez podmiot ekonomii społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy Pzp.

W przypadku braku wskazania o zadeklarowanej realizacji przez PES, Wykonawca otrzyma 0 pkt

**□ Część 7:**

Cena za 1 godzinę asystencji nad osoba starszą ………………… zł brutto x 540 godzin zegarowych, co łącznie daje ……………………………………………………… zł brutto ( słownie: ……………………………………………………………………………………………..)

**Kryteria poza cenowe:**

**Dostępność Wykonawcy na żądanie Zamawiającego:**

Deklaruję następujący maksymalny czas potrzebny mi na rozpoczęcie świadczenia usług u podopiecznego(uczestnika projektu), liczony od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego do momentu rozpoczęcia ich świadczenia u danego podopiecznego:

□ powyżej 96 godzin (nie więcej jednak niż 168 godzin)

□ czas reakcji powyżej 72 do 96 godzin

□ czas reakcji powyżej 48 do 72 godzin

□ czas reakcji do 48 godzin

**Deklaracja wykonywania usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP**

Deklaruję realizację usług przez ………………… (należy wskazać ilość osób) zatrudnionych przez podmiot ekonomii społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy Pzp.

W przypadku braku wskazania o zadeklarowanej realizacji przez PES, Wykonawca otrzyma 0 pkt

**□ Część 8:**

Cena za 1 godzinę asystencji nad osoba starszą ………………… zł brutto x 540 godzin zegarowych, co łącznie daje ……………………………………………………… zł brutto ( słownie: ……………………………………………………………………………………………..)

**Kryteria poza cenowe:**

**Dostępność Wykonawcy na żądanie Zamawiającego:**

Deklaruję następujący maksymalny czas potrzebny mi na rozpoczęcie świadczenia usług u podopiecznego(uczestnika projektu), liczony od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego do momentu rozpoczęcia ich świadczenia u danego podopiecznego:

□ powyżej 96 godzin (nie więcej jednak niż 168 godzin)

□ czas reakcji powyżej 72 do 96 godzin

□ czas reakcji powyżej 48 do 72 godzin

□ czas reakcji do 48 godzin

**Deklaracja wykonywania usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP**

Deklaruję realizację usług przez ………………… (należy wskazać ilość osób) zatrudnionych przez podmiot ekonomii społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy Pzp.

W przypadku braku wskazania o zadeklarowanej realizacji przez PES, Wykonawca otrzyma 0 pkt

**□ Część 9:**

Cena za 1 godzinę asystencji nad osoba starszą ………………… zł brutto x 540 godzin zegarowych, co łącznie daje ……………………………………………………… zł brutto ( słownie: ……………………………………………………………………………………………..)

**Kryteria poza cenowe:**

**Dostępność Wykonawcy na żądanie Zamawiającego:**

Deklaruję następujący maksymalny czas potrzebny mi na rozpoczęcie świadczenia usług u podopiecznego(uczestnika projektu), liczony od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego do momentu rozpoczęcia ich świadczenia u danego podopiecznego:

□ powyżej 96 godzin (nie więcej jednak niż 168 godzin)

□ czas reakcji powyżej 72 do 96 godzin

□ czas reakcji powyżej 48 do 72 godzin

□ czas reakcji do 48 godzin

**Deklaracja wykonywania usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP**

Deklaruję realizację usług przez ………………… (należy wskazać ilość osób) zatrudnionych przez podmiot ekonomii społecznej i inne wyszczególnione w art. 94 ustawy Pzp.

W przypadku braku wskazania o zadeklarowanej realizacji przez PES, Wykonawca otrzyma 0 pkt

**UWAGA!**

**W rozdziale XVII. ust. 5 SWZ Zamawiający wymaga złożenia wraz z ofertą informacji   
o powstaniu Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (VAT) wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku. Niezłożenie przez Wykonawcę informacji będzie oznaczało, że taki obowiązek nie powstaje.**

1. **Dane dotyczące Wykonawcy:**

Imię Nazwisko osoby (osób) upoważnionych do podpisania umowy:

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

Numer telefonu: .…/ …………………...……

Numer REGON: .......................................... Numer NIP: ..........................................

Adres kontaktowy e-mail: ……………………………………………………………

1. Warunki płatności będą zgodne z wzorem umowy będącym załącznikiem do SWZ.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, w tym z wzorem umowy w sprawie zamówienia publicznego i uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania niniejszej oferty. Przedstawione w specyfikacji warunków zamówienia warunki zawarcia umowy oraz wzór umowy zostały przez nas zaakceptowane.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
4. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
5. W przypadku uznania niniejszej oferty za ofertę najkorzystniejszą zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego, a przed zawarciem umowy wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.
6. Informuję, że **jestem** (niepotrzebne skreślić) **mikro/małym/średnim/dużym \* przedsiębiorcą.**
7. Załącznikami do niniejszej oferty są:

.........................................................

.........................................................

………………………………………..

………………………………………..

\* niepotrzebne skreślić

\*\* 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).

**1)** 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).

## Załącznik nr 2 do SWZ

## 

## UMOWA nr……….

zawarta w dniu **………... 2024** r. pomiędzy

**Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Stargardzie z siedzibą przy ul. Warszawskiej 9a, 73-110 Stargard,** będącym jednostką organizacyjną Gminy-Miasto Stargard, NIP 854-222-88-73, reprezentowanym przez Małgorzatę Olejnik – Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, działającą na podstawie pełnomocnictwa Prezydenta Miasta Stargard Nr EB.077.97.2024.6 z dnia 03.09.2024 r. zwanym dalej **Zamawiającym**,

a

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

NIP: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…

(albo dla będącego osobą fizyczną)

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

PESEL: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…)

zwanym dalej **Wykonawcą,** łącznie zaś Stronamio treści:

**§ 1**

1. W wyniku udzielonego zamówienia publicznego w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 pkt 1 w związku z art. 359 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1320 [zwanej dalej także „ustawa Pzp”], Zamawiający zleca, a Wykonawca przyjmuje do wykonania pn.: **„Świadczenie usług asystenckich dla osób starszych”.**
2. Przedmiot zamówienia został dofinansowany w ramach realizacji projektu pn. Zwiększenie dostępności usług opiekuńczych i asystenckich dla osób starszych w Gminie Miasto Stargard "Bezpieczny senior w Stargardzie" nr FEPZ.06.18-IP.01-0006/23 ze środków Unii Europejskiej z Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Cel szczegółowy EFS+.CP4.K - Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej, Działanie 6.18 typ 2 Rozwój usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej.
3. Wykonawca oświadcza, że przedmiot świadczonej usługi określony w ust. 1 jest zgodny ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (SWZ) i złożoną ofertą cenową, stanowiącą integralną część do Umowy i złożoną w postępowaniu o zamówienie publiczne, prowadzone zgodnie z postanowieniami art. 359 pkt. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1320) [zwanej dalej także „ustawa Pzp”].
4. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania w/w czynności z należytą starannością oraz oświadcza, że posiada kwalifikacje, wiedzę, uprawnienia i umiejętności niezbędne do wykonania usługi, dostęp do środków technicznych warunkujących prawidłową realizację usług, a osoby bezpośrednio zaangażowane w świadczenie usług posiadają wykształcenie i doświadczenie zgodne z wymaganiami ustalonymi w postępowaniu, na podstawie którego nastąpił wybór Wykonawcy.
5. Usługi, o których mowa w ust. 1 będą wykonywane w miejscu i w terminach wskazanych przez Zamawiającego. Zakres wsparcia i wymiar godzinowy usług asystenckich dla każdego uczestnika określony zostanie indywidualnie.
6. Czas dojazdu do odbiorców usług (uczestników projektu) nie jest wliczany do czasu świadczenia usług.
7. Koszt dojazdu do miejsc świadczenia usług asystenckich na terenie Gminy Miasta Stargard leży po stronie Wykonawcy nie jest on jednak wliczany do ceny świadczenia usług asystencji o której mowa w §5 ust. 2. Koszty zakupu biletów miesięcznych komunikacji miejskiej będą refundowane Wykonawcy przez Zamawiającego (np. poprzez refakturowanie po okazaniu dokumentów potwierdzających faktycznie poniesione koszty).
8. Wykonawca będzie dokonywał również zakup biletów (w uzgodnieniu z Zamawiającym) dla osób starszych i asystentów na uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych, rekreacyjnych, społecznych odbywających się na terenie Gminy-Miasta Stargard (np. do kina, na spektakl/koncert, wystawę, basen - jednokrotne uczestnictwo w roku w danym rodzaju wydarzenia dla osoby starszej wraz z asystentem, w obiektach dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami). Ich koszt również nie jest wliczany do ceny świadczenia usług asystencji o której mowa w §5 ust. 2. Koszty zakupu wyjść na wydarzenia kulturalne, rekreacyjne, społeczne odbywające się na terenie Gminy Miasta Stargard będą refundowane Wykonawcy przez Zamawiającego (np. poprzez refakturowanie po okazaniu dokumentów potwierdzających faktycznie poniesione koszty).
9. Wykonawca oświadcza, że wskazany zakres ……………………………będzie realizowany przez ……………………..(Podwykonawcę)

**§ 2**

Zamawiający dokona zapłaty za faktyczne ilości godzin świadczonej usługi za cenę określoną w ofercie cenowej.

**§ 3**

1. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług asystenckich na podstawie zgłoszenia realizacji usługi określającego zakres, wymiar czasowy, adres świadczeniobiorcy, przekazywanego drogą elektroniczną przez uprawnionego pracownika Zamawiającego.
2. Rozpoczęcie świadczenia usług asystenckich nie może rozpocząć się później niż w ciągu ……. godzin od przyjęcia zgłoszenia od Zamawiającego.
3. W indywidualnych sytuacjach Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług na podstawie telefonicznego zgłoszenia, potwierdzonego niezwłocznie zleceniem przesłanym w formie wskazanej w pkt 1.
4. Wykonawca oświadcza, że osoby zatrudnione posiadają/posiada wykształcenie i kwalifikacje do realizacji usług objętych przedmiotem zamówienia oraz będą wykonywały zamówienie z należytą starannością i z poszanowaniem praw osób, na rzecz których Usługi będą świadczone.
5. W przypadku realizacji zamówienia przez Wykonawców występujących wspólnie, Zamawiający dokonywać będzie podziału zadań pomiędzy poszczególnych Wykonawców, mając na względzie specyfikę i zakres Usług koniecznych do wykonania.
6. Wykonawca zobowiązany będzie do stałej współpracy i konsultacji z Zamawiającym na każdym etapie realizacji przedmiotowego zamówienia. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania realizacji przedmiotu zamówienia na każdym etapie.
7. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone świadczeniobiorcom, dla których świadczone są usługi, w tym w szczególności przez osoby, przy pomocy których Wykonawca realizuje zamówienie. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez Wykonawcę w trakcie wykonywania zamówienia.
8. Strony zgodnie oświadczają, że Wykonawca zapoznał się z warunkami określonymi w SWZ, zawierającej m.in. istotne dla Zamawiającego postanowienia i zobowiązania dla Wykonawcy. Wykonawca jednocześnie oświadcza, że warunki te w pełni akceptuje.
9. Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot niniejszej Umowy przy pomocy osób wskazanych w Załączniku nr 3 do SWZ.

**§ 5**

1. Zamawiający nie przewiduje udzielania zaliczek na poczet wykonania zamówienia.
2. Wynagrodzenie całkowite za 1 godzinę zegarową usług wynosi: **…….. zł** brutto (słownie: …………………………………….. brutto).
3. Kwota wskazana w ust. 2 odpowiada kwocie wskazanej przez Wykonawcę w treści jego oferty i zaspokaja wszelkie roszczenia Wykonawcy wobec Zamawiającego z tytułu wykonania niniejszej umowy oraz obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją usług.
4. Po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego Wykonawca wystawi fakturę wraz z załącznikiem stanowiącym miesięczne karty czasu pracy potwierdzające zrealizowanie usług w środowisku (zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy).
5. Miesięczna wartość wynagrodzenia Wykonawcy obliczona zostanie jako iloczyn liczby godzin zegarowych usług Wykonawcy, uwidocznionych w dokumentach, o których mowa w ust. 4 oraz stawki za jedną godzinę zegarową świadczenia usług ustaloną zgodnie z treścią ust. 1. Z tak obliczonej kwoty wynagrodzenia Zamawiający dokona odpowiednich potrąceń na ubezpieczenia oraz zaliczki podatkowe, zgodnie z przepisami obowiązującymi.
6. Zamawiający zobowiązuje się do przekazywania należności wynikających z zakresu prac oraz stawek godzinowych obowiązujących w danym miesiącu, w ciągu 30 dni od złożenia prawidłowo wystawionej faktury.
7. Przedłożenie prawidłowo wypełnionych dokumentów, o których mowa w ust. 4 stanowi warunek niezbędny dla ustalenia i wypłaty należnego Wykonawcy wynagrodzenia.
8. Sposób wystawienia faktury przez Wykonawcę:

Nabywca: Gmina Miasto Stargard Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej , ul. Warszawska 9a, 73-110 Stargard, NIP 854 222 88 73

1. Płatność będzie regulowana przelewem na wskazane konto Wykonawcy.
2. Wprowadza się następujące zasady dotyczące płatności wynagrodzenia należnego dla Wykonawcy z tytułu realizacji Umowy z zastosowaniem mechanizmu podzielonej płatności:
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo rozliczenia płatności wynikających z umowy za pośrednictwem metody podzielonej płatności (ang. split payment) przewidzianego w przepisach ustawy o podatku od towarów i usług.
4. Wykonawca oświadcza, że rachunek bankowy, na który będą dokonywane płatności to nr………………….
5. jest rachunkiem umożliwiającym płatność w ramach mechanizmu podzielonej płatności, o którym mowa powyżej.
6. jest rachunkiem znajdującym się w elektronicznym wykazie podmiotów prowadzonym od 1 września 2019 r. przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej, o którym mowa w ustawie o podatku od towarów i usług.
7. W przypadku, gdy rachunek bankowy wykonawcy nie spełnia warunków określonych w pkt. 2, opóźnienie w dokonaniu płatności w terminie określonym w umowie, powstałe wskutek braku możliwości realizacji przez Zamawiającego płatności wynagrodzenia z zachowaniem mechanizmu podzielonej płatności bądź dokonania płatności na rachunek objęty wykazem, nie stanowi dla Wykonawcy podstawy do żądania od Zamawiającego jakichkolwiek odsetek/odszkodowań lub innych roszczeń z tytułu dokonania nieterminowej płatności.
8. Strony postanawiają, że nie jest dopuszczalny bez zgody Zamawiającego przelew wierzytelności z tytułu wynagrodzenia za zrealizowany przedmiot umowy na osobę trzecią.
9. Zamawiający po 1 stycznia każdego kolejnego roku kalendarzowego realizacji Przedmiotu Umowy, począwszy od 2025 r. może dokonać waloryzacji wynagrodzenia określonego ust.1 Umowy w następujący sposób:
10. zwiększając je o kwotę wynikającą ze wzrostu minimalnego wynagrodzenia oraz pochodnych związanych ze wzrostem minimalnego wynagrodzenia w zakresie składek na ubezpieczenia społeczne i/lub zdrowotne wobec osób wskazanych do realizacji Umowy i pozostających z Wykonawcą w stosunku pracy lub cywilno-prawnym na dzień rozpoczęcia realizacji Umowy, z uwzględnieniem zmian w zatrudnieniu dokonanych za zgodą Zamawiającego po tym dniu,
11. zwiększając je o kwotę wzrostów kosztów wykonania Przedmiotu Umowy wynikającą ze zmiany zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (tekst jednolity Dz.U. z 2020 r. poz. 1342 ze zm.) wobec pracowników i osób zatrudnionych w oparciu o umowy cywilno-prawne, otrzymujących minimalne wynagrodzenie, przy czym:

a) waloryzacja może być dokonana przez Zamawiającego tylko wobec osób, które posiadały wynagrodzenie minimalne i były zgłoszone do Umowy,

b) Wykonawca przedłoży Zamawiającemu umowy o pracę lub umowy cywilno-prawne z osobami wykazanymi do realizacji Umowy,

c) przez minimalne wynagrodzenie rozumieć należy wynagrodzenie określone w przepisach prawa pracy.

1. Zmiana wynagrodzenia określonego w ust. 2 może być dokonywana w przypadku podwyższenia wynagrodzenia minimalnego począwszy od dnia wejścia w życie właściwych przepisów prawa, nie wcześniej jednak niż od dnia 1 stycznia 2025 roku.
2. Wynagrodzenie należne Wykonawcy zostanie ustalone z zastosowaniem stawki VAT obowiązującej w chwili powstania obowiązku podatkowego

**§ 6**

1. Wykonawca jest odpowiedzialny za jakość i terminowość realizowanych usług.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do:
3. kontroli merytorycznej świadczonych usług, bez wcześniejszego uzgadniania terminu
4. możliwości korekty godzin usług u świadczeniobiorcy,
5. możliwości indywidualnej rozmowy z pracownikami Wykonawcy o sposobie świadczenia usług lub problemach ze świadczeniobiorcą,
6. możliwości wnioskowania w uzasadnionych przypadkach o zmianę opiekunki/a u danego świadczeniobiorcy,
7. możliwości wglądu w dokumenty dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia.
8. Zamawiający na każdym etapie realizacji zamówienia ma prawo kontroli, czy osoby odpowiedzialne za świadczenie usług są zgodne z tymi przyjętymi w złożonej ofercie.
9. Zamawiający zastrzega sobie także prawo kontroli:

* zgodności kart pracy osób wyznaczonych do realizacji zamówienia tj. asystentów z rachunkami za Usługi przekazywanymi przez Wykonawcę do Zamawiającego,

1. W razie wykrycia nieprawidłowości w realizacji niniejszej umowy, Zamawiający ma prawo obniżenia wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy w przypadkach określonych w § 7.
2. Wykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli ze strony innych upoważnionych instytucji związanych z realizowanym projektem, w szczególności do udostępnienia posiadanej dokumentacji, związanej z działaniami realizowanymi przez niego w ramach niniejszej umowy.

**§ 7**

1. Wykonawca zapłaci zamawiającemu karę umowną za:
2. odstąpienia od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy w wysokości 10% ceny zaoferowanej ceny brutto, tj. kwotę ……………
3. każdy stwierdzony przypadek realizacji przedmiotu umowy w sposób niezgodny z wymogami określonymi w SWZ i postanowieniami umowy w szczególności: realizacja umowy przez osoby inne niż wskazane w ofercie, wykonywanie umowy mniejszą ilością osób niż wymagano, nie dotrzymywanie terminów rozpoczęcia realizacji usługi, braku realizacji usługi z winy Wykonawcy - w wysokości 500 zł, za każdy stwierdzony przypadek.
4. potwierdzony przypadek nienależytego wykonania usługi u osoby świadczącej usługę – w wysokości 1000 zł za każdy stwierdzony przypadek.
5. za nie rozpoczęcie świadczenia w zaoferowanym czasie wynoszącym ……. godzin w wysokości 150 zł za każdy dzień zwłoki,
6. za każdy miesiąc braku zatrudnienia osoby wskazanej do wykonywania usługi związanej z wykonaniem usług asystenckich lub wykonywaniem czynnościami pomocniczych w wykonywaniu usług asystenckich przez osoby zatrudnione przez Pomiot Ekonomii Społecznej i inne podmioty wyszczególnione w art. 94 ustawy PZP w wysokości 2 000 zł za każdą z osób zadeklarowaną, która nie uczestniczy w realizacji usługi.
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych, jeżeli kara umowna nie pokryje powstałej szkody.
8. Zamawiający zastrzega sobie prawo zlecenia świadczenia zastępczego na koszt Wykonawcy, jeżeli Wykonawca w określonym terminie nie rozpoczął świadczenia lub go przerwał.
9. Wykonawca wyraża zgodę na potrącanie należnych Zamawiającemu kar umownych i należności za zlecone świadczenie zastępcze z przekazanych do zapłaty faktur.
10. Ustala się górny limit kar umownych na poziomie do 20 % zaoferowanej ceny brutto~~.~~

**§ 8**

1. Strony ustalają, że w związku z realizacją niniejszej Umowy Zamawiający:
2. powierzy Wykonawcy będącemu przedsiębiorcą przetwarzanie danych osobowych osób na rzecz, których realizowane będą usługi asystenckie;
3. upoważni Wykonawcę będącego osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej do przetwarzanie danych osobowych osób na rzecz, których realizowane będą usługi asystenckie.
4. Stosownie do treści przepisów 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 (RODO) Wykonawca jako upoważniony do przetwarzania danych osobowych lub przetwarzający dane osobowe osób, o których mowa w ust. 1, będzie je zbierać oraz przetwarzać wyłącznie na potrzeby realizacji przedmiotu niniejszej Umowy.
5. Przed rozpoczęciem przetwarzania danych Wykonawca podejmie środki zabezpieczające zebrane dane przed niedozwolonym lub niezgodnym z prawem przetwarzaniem oraz przypadkową utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem.
6. Powierzenie przetwarzania danych osobowych wskazane w ust. 1 pkt a) powyżej nastąpi na podstawie umowy, której wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszej Umowy. Z tytułu zawarcia umowy o powierzenie przetwarzania danych osobowych Wykonawcy nie będzie przysługiwało żadne dodatkowe wynagrodzenie czy zwrot kosztów, poza wynagrodzeniem określonym w niniejszej Umowie.

**§ 9**

Umowa zostaje zawarta na okres od …………….. r. do ………………….. nie dłużej jednak niż do czasu wyczerpania zakresu przedmiotu umowy z zastrzeżeniem prawa opcji lub kwoty całkowitego wynagrodzenia Wykonawcy.

**§ 10**

1. Zamawiający ma prawo odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach określonych w kodeksie cywilnym, a nadto w przypadku nie wywiązywania się Wykonawcy z obowiązków wynikających z niniejszej umowy, w tym w szczególności stwierdzenia jednego z wymienionych przypadków:
2. w przypadku niezapewnienia odpowiedniej ilości personelu, posiadającego stosowne kwalifikacje zgodnie z wymogami SWZ;
3. dwukrotnego stwierdzenia niewłaściwego prowadzenia dokumentacji w zakresie stanowiącym obowiązek Wykonawcy;
4. naruszenie obowiązku zapewnia przestrzegania zasad przetwarzania i ochrony danych osobowych, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych;
5. odmowy udzielenia przez Wykonawcę wyjaśnień w zakresie realizacji umowy albo odmowy udostępnienia dokumentacji, koniecznej dla oceny przez Zamawiającego prawidłowości wykonywania obowiązków umownych przez Wykonawcę;
6. Odstąpienie od umowy następuje w terminie 10 od ujawnienia okoliczności stanowiących podstawę odstąpienia w formie pisemnej ze wskazaniem uzasadnienia.

**§ 11**

Załącznikami do niniejszej umowy oraz jej integralnymi elementami są:

1. Formularz ofertowy - cenowy,
2. Specyfikacja Warunków Zamówienia z opisem przedmiotu zamówienia,
3. Miesięczna Karta czasu pracy asystentów usług zrealizowanych w środowisku,
4. Umowa powierzenia danych osobowych

**§ 12**

1. Zamawiający wyrazi pisemną zgodę na zmianę osób wskazanych do świadczenia usługi, jeżeli zmiana wynika z przyczyn losowych niezależnych od Wykonawcy. Zaproponowana osoba musi posiadać kwalifikacje i doświadczenie wymagane w SWZ dla tej osoby.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo opcji przy realizacji przedmiotu zamówienia w sposób określony w SWZ.
3. Strony dopuszczają możliwość zmiany sposobu lub zakresu wykonania przedmiotu Umowy, o ile zmiana taka jest konieczna w celu prawidłowego wykonania Umowy i jej zmiana była niemożliwa do przewidzenia na etapie prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia.

**§ 13**

1. Każda ze Stron zobowiązuje się do dołożenia należytej staranności w związku z wykonywaniem umowy, w tym także do pełnej współpracy z drugą Stroną w celu zapewnienia należytego i terminowego jej wykonania.
2. Strony ustalają, że osobami upoważnionymi do bezpośrednich kontaktów w trakcie wykonywania niniejszej umowy, mających na celu sprawną realizację umowy oraz jej bieżący nadzór, są:
3. Zamawiający ustanawia do kontaktów z Wykonawcą:

- ………………….., tel.: ………………, e-mail: ……….................................................................

1. Wykonawca ustanawia do kontaktów osobę odpowiedzialną za realizację przedmiotu umowy:

- …………………., tel.: ……………., faks: ……………, e-mail: ………………………..............

1. Wskazane osoby umocowane są jedynie do dokonywania czynności faktycznych związanych z realizacją przedmiotu umowy i nie są upoważnione do dokonywania zmian w umowie.

**§ 14**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowania przepisy ustawy o pomocy społecznej, ustawy o zamówieniach publicznych oraz kodeksu cywilnego.

**§ 15**

Sądem właściwym do dochodzenia roszczeń wynikających z niniejszej umowy jest właściwy dla siedziby Zamawiającego sąd powszechny.

**§ 16**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

|  |  |
| --- | --- |
| Zamawiający: | Wykonawca: |

Załącznik nr 4 do umowy

**UMOWA**

**powierzenia przetwarzania danych osobowych**

zawarta dnia …………….. r. pomiędzy:

**1. Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Stargardzie** z siedzibą przy ul. Warszawskiej 9a, 73-110 Stargard, posiadającym NIP 854-222-88-73, REGON 005445037, reprezentowanym przez: **Dyrektor – Małgorzatę Olejnik,**

zwanym w dalszej części umowy **„Administratorem”**

a

**2. …………………………………………** z siedzibą/zamieszkałym przy ulicy …………………………, ……………………………………, NIP lub PESEL ………………………………………….

zwanym w dalszej części umowy  **,,Podmiotem przetwarzającym"**

łącznie zwanymi dalej Stronami.

Na podstawie art. 28 ust. 3 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 lub RODO) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) - Strony postanawiają, co następuje:

**§ 1**

**Powierzenie przetwarzania danych osobowych**

1. Administrator danych powierza Podmiotowi przetwarzającemu, w trybie art. 28 ogólnego RozporządzeniaParlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679, o ochronie danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r.(zwanego w dalszej części "Rozporządzeniem" lub "RODO") dane osobowe do przetwarzania, na zasadach i w celu określonym w niniejszej Umowie.

2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, Rozporządzeniem oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

3. Podmiot przetwarzający oświadcza, iż stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi Rozporządzenia.

**§ 2**

**Zakres i cel przetwarzania danych**

1. Podmiot przetwarzający będzie przetwarzał, powierzone na podstawie umowy dane osobowe petentów Administratora w tym w szczególności: imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, telefon kontaktowy, adres e-mail, PESEL, informacje o stanie zdrowia *wyłącznie w celu wykonania umowy nr …………………………… obejmującej świadczenie usług asystenckich dla osób starszych.*

2.Powierzone przez Administratora dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot przetwarzający wyłącznie w związku z realizacją zadania opisanego w ust.1 powyżej.

**§ 3**

**Obowiązki podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych   
i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 Rozporządzenia.

2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.

3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji niniejszej umowy.

4. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się zapewnić zachowanie w tajemnicy, (o której mowa w art. 28 ust. 3 pkt b Rozporządzenia) przetwarzanych danych przez osoby, które upoważnia do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu.

5. Podmiot przetwarzający po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem zwraca Administratorowi wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych.

6. W miarę możliwości Podmiot przetwarzający pomaga Administratorowi w niezbędnym zakresie wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązywania się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia.

7. Podmiot przetwarzający po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki zgłasza je Administratorowi w ciągu 24 godzin.

**§ 4**

**Prawo kontroli**

1. Administrator danych zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt h) Rozporządzenia ma prawo kontroli, czy środki zastosowane przez Podmiot przetwarzający przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia umowy.

2. Administrator danych realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego i z minimum 7 dniowym jego uprzedzeniem.

3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Administratora danych nie dłuższym niż 7 dni.

4. Podmiot przetwarzający udostępnia Administratorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.

**§  5**

**Dalsze powierzenie danych do przetwarzania**

1. Podmiot przetwarzający może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania umowy, po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Administratora danych.

2. Podwykonawca, o którym mowa w § 3 ust. 3 Umowy winien spełniać te same gwarancje i obowiązki jakie zostały nałożone na Podmiot przetwarzający w niniejszej Umowie.

3. Podmiot przetwarzający ponosi pełną odpowiedzialność wobec Administratora za nie wywiązanie się ze spoczywających na podwykonawcy obowiązków ochrony danych.

**§ 6**

**Odpowiedzialność Podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.

2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Administratora danych o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Podmiot przetwarzający danych osobowych określonych w umowie, o jakiejkolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Podmiotu przetwarzającego, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania w Podmiocie przetwarzającym tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Niniejszy ustęp dotyczy wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Administratora danych.

**§ 7**

**Czas obowiązywania umowy**

1. Niniejsza umowa zawarta jest na czas określony tj. do czasu trwania umowy opisanej w § 2 ust. 1 powyżej.

2. Po zakończeniu trwania umowy Podmiot przetwarzający niezwłocznie usunie wszystkie dane osobowe, które zostały mu powierzone celem realizacji zadania opisanego w § 2 niniejszej umowy.

**§ 8**

**Rozwiązanie umowy**

Administrator danych może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym, gdy Podmiot przetwarzający:

a) pomimo zobowiązania go do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli nie usunie ich w wyznaczonym terminie;

b) przetwarza dane osobowe w sposób niezgodny z umową;

c) powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody Administratora danych.

**§ 9**

**Zasady zachowania poufności**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od Administratora danych i od współpracujących z nim osób oraz danych uzyskanych w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej ("dane poufne").

2. Podmiot przetwarzający oświadcza, że w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody Administratora danych w innym celu niż wykonanie Umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub Umowy.

**§  10**

**Postanowienia końcowe**

1. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie zastosowanie będą miały odpowiednie przepisy:

- Ustawy z 23.04.1964 r. - Kodeks cywilny,

- 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,

- Ustawa z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej.

3. Sądem właściwym dla rozpatrzenia sporów wynikających z niniejszej umowy będzie sąd właściwy dla Administratora danych.

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

Administrator danych Podmiot przetwarzający

Załącznik nr 3 do umowy

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr: ....................................................................................................................

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ………………………………………………………………...………………………………………………………

Adres uczestnika Programu: ………………………………...……………………………………………………………………………………………………..

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od ………………….…… do ……….……………….………..

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Godziny realizacji usługi (od – do)** | **Rodzaj i miejsce realizacji usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu …….………………………………………. 2024 r. wyniosła ……………..…………… godzin.

……………………………………….

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej.

………………………………………………………………………………..

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego \* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości.

Załącznik nr 3 do SWZ

**Zamawiający:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej   
w Stargardzie**

**ul. Warszawska 9a, 73-110 Stargard**

Nazwa i adres WYKONAWCY: (prowadzącego działalność gospodarczą)

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

NIP: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…

albo

Nazwa i adres WYKONAWCY: (będącego osobą fizyczną)

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

PESEL: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11.09.2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług asystenckich dla osób starszych”***,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale V SWZ, tj.:

**Część 1:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 2:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 3:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 4:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 5:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 6:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 7:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 8:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 9:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

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

*Należy wypełnić tą część na którą jest składana oferta nie wypełnienie załącznika w części na która jest składana oferta uniemożliwi uzupełnienie oświadczenia w celu przyznania pkt w kryterium doświadczenie.*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SWZ rozdział V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …..……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………., w następującym zakresie: …………………………………………

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

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

**Załącznik nr 3a do SWZ**

**Zamawiający:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej   
w Stargardzie**

**ul. Warszawska 9a, 73-110 Stargard**

Nazwa i adres WYKONAWCY: (prowadzącego działalność gospodarczą)

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

NIP: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…

albo

**Oświadczenie Podmiotu udostępniającego zasoby**

**(jeżeli dotyczy)**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11.09.2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług asystenckich dla osób starszych”** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale V SWZ, tj.:

**Część 1:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 2:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 3:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 4:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 5:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 6:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 7:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 8:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**Część 9:**

Dysponuję **jedną osobą** pełnoletnią posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, przebywającą legalnie na terenie RP, posługującą się językiem polskim w mowie i piśmie umożliwiającym swobodne porozumiewanie się oraz:

1. posiadającą dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pielęgniarka, fizjoterapeuta **jest to osoba: ……………………………………… ( imię i nazwisko)**

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. posiadającą min. 3-miesięczne doświadczenie w realizacji usług asystenckich lub opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)** która posiada **……………………………………….. miesięcy** udokumentowanego doświadczenia w powyższym zakresie

**albo\* (\*niewłaściwe skreślić)**

1. nieposiadającą odpowiedniego doświadczenia i zobowiązuję się skierować ją na szkolenie wewnętrzne w MOPS

**jest to osoba:**  **……………………………………… ( imię i nazwisko)**

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

*Należy wypełnić tą część na którą jest składana oferta nie wypełnienie załącznika w części na która jest składana oferta uniemożliwi uzupełnienie oświadczenia w celu przyznania pkt w kryterium doświadczenie*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SWZ rozdział V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …..……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………., w następującym zakresie: …………………………………………

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

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej   
w Stargardzie**

**Ul. Warszawska 9a, 73-110 Stargard**

Nazwa i adres WYKONAWCY: (prowadzącego działalność gospodarczą)

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

NIP: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…

albo

Nazwa i adres WYKONAWCY: (będącego osobą fizyczną)

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

PESEL: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11.09.2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług asystenckich dla osób starszych”***,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA 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 ustawy Pzp w zakresie jaki Zamawiający wymagał.
3. **Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania w związku z okolicznościami wskazanymi w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, na czas trwania tych okoliczności.**

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

Oświadczam, **że zachodzą** w stosunku do mnie podstawy wykluczenia wymienione poniżej z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 ustawy Pzp lub art. 109 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

**Załącznik nr 4a do SWZ**

**Zamawiający:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stargardzie**

**Ul Warszawska 9a, 73-110 Stargard**

Nazwa i adres WYKONAWCY: (prowadzącego działalność gospodarczą)

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

NIP: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…

**Oświadczenie Podmiotu udostępniającego zasoby**

**(jeżeli dotyczy)**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11.09.2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług asystenckich dla osób starszych”***,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

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 ustawy Pzp w zakresie jaki Zamawiający wymagał.
3. **Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania w związku z okolicznościami wskazanymi w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, na czas trwania tych okoliczności**.

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

Oświadczam, **że zachodzą** w stosunku do mnie podstawy wykluczenia wymienione poniżej z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 ustawy Pzp lub art. 109 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stargardzie**

**Ul. Warszawska 9a, 73-110 Stargard**

Nazwa i adres WYKONAWCY: (prowadzącego działalność gospodarczą)

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

NIP: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…

albo

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11.09.2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE REALIZACJI ZAKRESU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA PRZEZ POSZCZEGÓLNYCH WYKONAWCÓW**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie usług asystenckich dla osób starszych”***,* oświadczam, co następuje:

•Wykonawca……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący, **kluczowy zakres** przedmiotu zamówienia:…………………………………………………………

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

•Wykonawca……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący zakres przedmiotu zamówienia:……………………………………………………………………………

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

•Wykonawca……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujący zakres przedmiotu zamówienia:……………………………………………………………………………

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

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

**Załącznik nr 6 do SWZ**

# ałącznik nr 6 do SWZ

Nazwa i adres WYKONAWCY: (prowadzącego działalność gospodarczą)

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

NIP: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…

albo

Nazwa i adres WYKONAWCY: (będącego osobą fizyczną)

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

PESEL: …………..……………, tel. ……………………………. fax …………………………..

e-mail …………………………………………...…)

### OŚWIADCZENIE

**I. \*Oświadczamy, że zakres usług stanowiących przedmiot zamówienia,** wykonamy osobiście bez pomocy podwykonawcy.

Miejsce i data .........................

**---------------------------------------------------------------------------------------------**

**II. \*Oświadczamy, że przy realizacji usług stanowiących przedmiot zamówienia, będą uczestniczyć następujący podwykonawcy - wykaz podwykonawców i zakres usług przez nich wykonywanych jest następujący:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres przewidywanego  podwykonawcy | Zakres powierzonych usług | Uwagi |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| …. |  |  |  |

Miejsce i data ……………………

\*) Wykonawca winien wybrać pkt. I lub pkt. II

Załącznik nr 7 do SWZ

**Składając ofertę na -„Świadczenie usług asystenckich dla osób stars****zych” Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stargardzie ul. Warszawska 9a, 73-110 Stargard**

**Oświadczenie zleceniobiorcy do celów ubezpieczeń społecznych  
 i ubezpieczenia zdrowotnego**

Ja, niżej podpisany/a …………………………………Oświadczam, że (*właściwe zaznaczyć znakiem X):*

* Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę i z tego tytułu osiągam przychód   
  w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie,
* Mam ustalone prawo do emerytury lub renty i wnoszę o objęcie mnie ubezpieczeniem społecznym.
* Mam ustalone prawo do emerytury lub renty i jednocześnie jestem zatrudniony   
  na podstawie umowy o pracę w …………………………………………………………i z tego tytułu osiągam przychód w wysokości nie niżej niż minimalne wynagrodzenie,
* **Jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym** z tytułu innej umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej, do której stosuje się przepisy o zleceniu, i z tego tytułu osiągam przychód w wysokości nie niżej niż minimalne wynagrodzenie,
* Jestem ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,

Czy zakres wykonywanej usługi prowadzenia szkoleń wchodzi w zakres wykonywanej działalności gospodarczej? TAK / NIE\*

* Jestem ubezpieczony jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność gospodarczą,
* Jestem uczniem / studentem szkoły ………………………………………………………...  
  i nie ukończyłem 26. roku życia, i wnoszę / nie wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.
* Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą objętą obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym (podać nazwę firmy)
* Przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym/bezpłatnym\*) w okresie …………………

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

Wnoszę / nie wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

O wszelkich zmianach dotyczących informacji podanych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się

powiadomić Zleceniodawcę niezwłocznie.

………………………………..………..

Podpis

\*) *niepotrzebne skreślić*