**Załącznik nr 1 do SWZ**

**(pieczęć Wykonawcy)**

**FORMULARZ OFERTY**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego

w trybie podstawowym bez negocjacji o wartości zamówienia nie przekraczającej progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320) – dalej p.z.p. na usługę pn.

**Realizacja usług według Programu *„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”* – edycja 2025 – 2 edycja, świadczona na zasadach zgodnych z Programem MRiPS finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego**

***Znak postępowania: ZP.271.9.2024***

***ZAMAWIAJĄCY:***

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kosakowie**

**81-198 Kosakowo, ul. Fiołkowa 2B**

* 1. Pełna nazwa Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1. | **Pełna nazwa Wykonawcy**,(w przypadku oferty wspólnej – należy wymienić nazwę każdego z Wykonawców) dokładny adres, telefon, faks. W przypadku osób fizycznych *(dotyczy to również wspólników spółki cywilnej) należy podać imię, nazwisko, adres zamieszkania* |  |
| 1.2. | **Regon, NIP***(w przypadku oferty wspólnej należy podać regon każdego z Wykonawców)* |  |
| 1.3 | **Wykonawca jest** (zgodnie z art. 104-106 ustawy Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. 2023 r., poz. 221) | * mikroprzedsiębiorcą\*
* małym przedsiębiorcą\*
* średnim przedsiębiorcą\*
 |

***\* - należy zaznaczyć właściwą informację***

1. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu/ nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

1. Niniejszym oferujemy przyjęcie do wykonania przedmiotu zamówienia, określonego w Rozdziale 3 SWZ, na **Realizacja usług według Programu *„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”* – edycja 2025, świadczona na zasadach zgodnych z Programem MRiPS finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego**
2. ***Tabela ofertowa***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej | Planowana liczba uczestników | Liczba godzin przewidzianych NA 1 OSOBĘ | Koszt za 1 godzinę | Łączny koszt |
| A | B | C | D | E=B x C x D  |
| dzieci od ukończenia 2 roku rż. do 16 rż. spełniające zapisy działu III Programu | 3 | 360 |  |  |
| osoby dorosłe z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną | 8 | 840 |  |  |
| osoby dorosłe z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności | 4 | 720 |  |  |
| osoby dorosłe z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną | 2 | 480 |  |  |
| osoby dorosłe z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | 1 | 360 |  |  |
|  |  | razem |  |

 |
| **2** | **Łączna cena obejmująca cały przedmiotu zamówienia**  | * **brutto: ……………………..(słownie: ……………………………) zł**
* netto ……………………… (słownie: ……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) zł
* podatek VAT ………………………… (słownie: ………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) zł
 |
| 3 | **Doświadczenie personelu wykonującego zamówienie:** | **Doświadczenie personelu wykonującego zamówienie\* (w postaci tabeli):****\*\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko opiekuna** | **Rodzaj wykonywanych świadczeń** | **Dla kogo realizowano usługę** | **Jak długo wykonywano usługi w sposób ciągły (sumaryczna ilość przerw nie przekroczyła 12 miesięcy) w okresie ostatnich 60 miesięcy przez co najmniej:** **(wpisać w miesiącach)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Za wykazanie się przynajmniej 3 opiekunami (wykonującym przedmiot zamówienia), którzy posiadają udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu) oraz doświadczenie w opiece nad osobami chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi w sposób ciągły (sumaryczna ilość przerw nie przekroczyła 12 miesięcy) w okresie ostatnich 60 miesięcy przez co najmniej:• 6 miesięcy Wykonawca otrzyma 0 pkt.• 12 miesięcy Wykonawca otrzyma 20 pkt.• 24 miesiące Wykonawca otrzyma 40 pkt\*\*punkty za dodatkowe projekty zostaną przyznane na podstawie informacji zawartych w tabeli |
| **4** | 4.1 | Części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom  | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………\**\* - jeżeli dotyczy*  |
| 4.2 | Firmy ww. podwykonawców:  | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..\**\* - jeżeli dotyczy* |

1. Oświadczam/Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą **przez okres 30 dni**, liczony od terminu składania ofert wskazanego w SWZ.
2. Oświadczam/Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania Oferty.
3. Oświadczam/Oświadczamy, że Projekt Umowy stanowiący Załącznik nr 8 do SWZ został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się - w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia Umowy
 w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Na podstawie art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych, żadne
z informacji zawartych w ofercie nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji\* / wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być ogólnie udostępnione:\*

*\* - Niepotrzebne skreślić*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Strony w ofercie (wyrażone cyfrą) |
| od | do |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

***Uwaga!***

*Zamawiający nie ujawni informacji zawartych w ww. dokumentach* ***jeżeli Wykonawca załączy uzasadnienie,*** *w którym wykaże, że informacje te stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Ww. dokumenty muszą być oznaczone klauzulą „NIE UDOSTĘPNIAĆ-TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA”. Zaleca się umieścić takie dokumenty na końcu oferty (ostatnie strony w ofercie lub osobno).*

1. Oświadczam/ oświadczamy, że: *(wstawić X we właściwe pole)*
* 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wartość towarów/usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł netto\*\*

*\*\* dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

* *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
* *mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług,*
* *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.*

Oświadczam/Oświadczamy, że nie wypełnienie oferty w ww. zakresie oznacza, że jej złożenie nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego.

1. **Wraz z ofertą przedkładamy:**
2. **Oświadczenie**, o braku podstaw do wykluczenia i o spełnianiu warunków udziału
w postępowaniu
3. …………………………………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………………………………
5. …………………………………………………………………………………………
6. Niniejsza oferta wraz z załącznikami zawiera ………… stron kolejno ponumerowanych i parafowanych przez Wykonawcę.
7. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert.

.............................................. ............................................................... *miejscowość i data podpis osoby/osób uprawnionej/-ych*

 *do* *reprezentowania Wykonawcy*