**Załącznik nr 1 do SWZ**

 Podpisz ofertę podpisem

 elektronicznym!!!!

**(pieczęć Wykonawcy)**

**FORMULARZ OFERTY**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego

w trybie podstawowym bez negocjacji o wartości zamówienia nieprzekraczającej progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1710) – dalej p.z.p. na usługę pn.

**Świadczenie usług opiekuńczych zwykłych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym z zaburzeniami psychicznymi, specjalistycznych usług opiekuńczych z zaburzeniami psychicznymi i innymi schorzeniami lub niepełnosprawnością oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób dorosłych i dzieci z autyzmem – podopiecznych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej**

**w Kosakowie w 2025 roku**

***Znak postępowania: ZP.271.11.2024***

***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 | ***Mikroprzedsiębiorstwo:*** *przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.****Małe przedsiębiorstwo:*** *przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.****Średnie przedsiębiorstwa:*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.* | Wykonawca jest* mikroprzedsiębiorcą\*
* małym przedsiębiorcą\*
* średnim przedsiębiorcą\*
* *W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się zamówienie należy uwzględnić kategorię przedsiębiorstwa lidera konsorcjum*
 |

***\* - 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 **Świadczenie usług opiekuńczych zwykłych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym z zaburzeniami psychicznymi, specjalistycznych usług opiekuńczych z zaburzeniami psychicznymi i innymi schorzeniami lub niepełnosprawnością
oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób dorosłych i dzieci z autyzmem – podopiecznych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kosakowie w 2024 roku**

**Przeliczenie ilości godzin i stawki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NR CZĘŚCI | Rodzaj usługi | Przewidywana ilość godzin wykonywania usługi | Cena za godzinę wykonywania usługi brutto | Łączna cena usługi(iloczyn kolumny BxC)Brutto\* |
| A | B | C | D |
| 1 | Zwykłe usługi opiekuńcze | 800 |  |  |
| 2 | specjalistyczne usługi opiekuńcze, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi | 60 |  |  |
| 3 | specjalistyczne usługi opiekuńcze, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi i innymi schorzeniami lub niepełnosprawnością: dorosłych oraz dzieci | 60 |  |  |
| 4 | specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób autystycznych: dorosłych oraz dzieci | 60 |  |  |

**\*** tak przeliczoną cenę ofertową należy wpisać w tabelę ofertową poniżej

***Tabela ofertowa***

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena obejmująca przedmiot zamówienia** **W część 1** | * **brutto: ………………………… (słownie: ………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………… ) zł**
* netto ……………………… (słownie: ……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) zł
* podatek VAT ………………………… (słownie: ………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) zł

Oświadczam, że składając ofertę w części 1 dysponuję personelem do realizacji zamówienia do wykonania zadań na stanowisku opiekuna, legitymującym się przynajmniej rocznym doświadczeniem w pracy na podobnym stanowisku |
| **Cena obejmująca przedmiot zamówienia** **W część 2** | * **brutto: ………………………… (słownie: ………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………… ) zł**
* netto ……………………… (słownie: ……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) zł

podatek VAT ………………………… (słownie: ………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) złOświadczam, że składając ofertę w części 2 dysponuję zapleczem personalnym, spełniającym następujące wymagania: 1. Personel posiadający jedną z niżej wymienionych kwalifikacji do wykonywania zawodu:
* Opiekunki środowiskowej,
* Asystenta osoby niepełnosprawnej,
* Terapeuty zajęciowego,
* Pielęgniarki,
* Pracownika socjalnego.
1. Personel świadczący specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi posiadający minimum półroczny staż pracy w jednej z następujących jednostek:
* w jednostce świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* zakładzie rehabilitacji,
* ośrodku terapeutyczno – edukacyjno – wychowawczym,
* placówce terapii lub placówce oświatowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* szpitalu psychiatrycznym,
* innej jednostce niż wymienione, świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
1. Personel posiada przeszkolenie i doświadczenie w jednej z niżej wymienionych dziedzin:
* prowadzenia treningów samoobsługi;
* wspomagania procesu uczenia się;
* prowadzenia treningów zachowań społecznych;
* kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań,

kształtowanie nawyków celowej aktywności.  |
| **Cena obejmująca przedmiot zamówienia** **W część 3** | * **brutto: ………………………… (słownie: ………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………… ) zł**
* netto ……………………… (słownie: ……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) zł

podatek VAT ………………………… (słownie: ………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) złOświadczam, że składając ofertę w części 3 dysponuje zapleczem personalnym, spełniającym następujące wymagania: 1. Personel posiadający jedną z niżej wymienionych kwalifikacji do wykonywania zawodu:
* Fizjoterapeuty,
* Specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej,
* Pielęgniarki,
* Pedagoga,
* Logopedy, psychologa,
1. Personel świadczący specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi posiadający minimum półroczny staż pracy w jednej z następujących jednostek:
* w jednostce świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* zakładzie rehabilitacji,
* ośrodku terapeutyczno – edukacyjno – wychowawczym,
* placówce terapii lub placówce oświatowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* szpitalu psychiatrycznym,
* innej jednostce niż wymienione, świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
1. Personel posiada przeszkolenie i doświadczenie w jednej z niżej wymienionych dziedzin:
* usprawniania zaburzonych funkcji organizmu;
* wspomagania procesu terapeutycznego poza miejscem zamieszkania,
* kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań,

 kształtowanie nawyków celowej aktywności |
| **Cena obejmująca przedmiot zamówienia** **W część 4** | * **brutto: ………………………… (słownie: ………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………… ) zł**
* netto ……………………… (słownie: ……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) zł

podatek VAT ………………………… (słownie: ………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………) złOświadczam, że składając ofertę w części 4 dysponuję zapleczem personalnym, spełniającym następujące wymagania: 1. Personel posiadający jedną z niżej wymienionych kwalifikacji do wykonywania zawodu:
* Opiekunki środowiskowej,
* Fizjoterapeuty,
* Asystenta osoby niepełnosprawnej,
* Terapeuty zajęciowego,
* Specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej,
* Pielęgniarki,
* Pedagoga,
* Logopedy, psychologa,
* Pracownika socjalnego.
1. Personel świadczący specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi posiadający minimum półroczny staż pracy w jednej z następujących jednostek:
* w jednostce świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* zakładzie rehabilitacji,
* ośrodku terapeutyczno – edukacyjno – wychowawczym,
* placówce terapii lub placówce oświatowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
* szpitalu psychiatrycznym,
* innej jednostce niż wymienione w pkt a-f, świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
1. Personel posiada przeszkolenie i doświadczenie w jednej z niżej wymienionych dziedzin:
* prowadzenia treningów samoobsługi;
* wspomagania procesu uczenia się;
* prowadzenia treningów zachowań społecznych;
* usprawniania zaburzonych funkcji organizmu;
* wspomagania procesu terapeutycznego poza miejscem zamieszkania,

kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań |
| **Termin płatności faktury:** | **Termin płatności faktury:\*** **Oświadczam, że termin płatności faktury wyniesie………………………………….dni****\*** Zamawiający przyzna punkty w następujący sposób: − termin płatności 14 dni od dnia doręczenia zamawiającemu faktury wystawionej przez wykonawcę w sposób prawidłowy oraz zgodny z umową – 40 pkt; − termin płatności 7 dni od dnia doręczenia zamawiającemu faktury wystawionej przez wykonawcę w sposób prawidłowy oraz zgodny z umową – 20 pkt − termin płatności 3 dni od dnia doręczenia zamawiającemu faktury wystawionej przez wykonawcę w sposób prawidłowy oraz zgodny z umową – 0 pktBrak wskazania terminu płatności faktury policzony będzie jako 3 dniowy termin płatności, a ilość punktów przyznanych w tym kryterium wynosić będzie 0. |
| 4.1 | Części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom  | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………\**\* - jeżeli dotyczy*  |
| 4.2 | Firmy ww. podwykonawców:  | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..\**\* - jeżeli dotyczy* |

Wykonawca wypełnia tabelę w tej części zamówienia, na którą składa ofertę. Możliwe jest złożenie oferty w każdej części zmówienia, zamawiający nie ogranicza składania wykonawcom składania ofert na więcej niż jedną część zamówienia.

1. **Oświadczam, że** **minimalny procentowy wskaźnik zatrudnienia u Wykonawcy osób należących do jednej z niżej wymienionych kategorii**:

1) osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573),

2) bezrobotnych w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1409, 2023, 2369 i 2400),

3) osób poszukujących pracy, niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

4) osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821 oraz z 2021 r. poz. 159),

5) osób pozbawionych wolności lub zwalnianych z zakładów karnych, o których mowa w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2021 r. poz. 53 i 472), mających trudności w integracji ze środowiskiem,

6) osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685),

7) osób bezdomnych w rozumieniu ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 i 2369 oraz z 2021 r. poz. 794 i 803),

8) osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, o których mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1666 i 2020 oraz z 2020 r. poz. 322 i 2023),

9) osób do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, posiadających status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia,

10) osób będących członkami mniejszości znajdującej się w niekorzystnej sytuacji, w szczególności będących członkami mniejszości narodowych i etnicznych w rozumieniu ustawy z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 823)

**wynosi nie mniej niż 30 %.**

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 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 (t. j. Dz. U. 2023 r., poz. 1605 z zm.), 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*