Załącznik nr 3 do SWZ

Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-25/2023 TP/U/S

**Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej**

**ul. Grzybowska 80/82**

**00-844 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko i/lub nazwa (firmy) Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie** |  |
| **Adres Wykonawcy:** **kraj, województwo, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu** |  |
| **Nr telefonu:**  | **Nr faksu:** |
| **URL: http: //**  | **e-mail:** |
| **NIP:** | **Nr rejestru (jeżeli dotyczy)** |

oraz wskazuję, że dokumenty na potwierdzenie ww. informacji znajdują się w formie elektronicznej pod następującymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych (należy zaznaczyć):

 <https://ekrs.ms.gov.pl/>

 <https://prod.ceidg.gov.pl>

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego znak sprawy MCPS.ZP/PG/351-25/2023 TP/U/S pn.: „**Świadczenie indywidualnego oraz grupowego wsparcia psychologiczno/terapeutycznego osób dorosłych – uczestników projektu „Mazowsze dla Ukrainy” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.”** prowadzonego w zakresie działalności Centrum świadczonego w ramach projektu, realizowanego w trybie pozakonkursowym, pt. „Mazowsze dla Ukrainy” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu niniejszym:

1. Oświadczam(-y), że zapoznaliśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w dokumencie Specyfikacja Warunków Zamówienia (SWZ) oraz wzorze umowy i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam(-y), iż dane zawarte w ofercie nie naruszają praw osób zawartych w ofercie.
3. Oświadczam(-y), że zawarty w SWZ wzór umowy (Załącznik nr 2) został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach tam określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego określone w opisie przedmiotu zamówienia zawartym w Załączniku nr 1 do SWZ.
5. Oświadczam(-y), że informacje zawarte w ofercie i załączonych dokumentach określają stan faktyczny i prawny aktualny na dzień składany ofert.
6. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami Zamawiającego za cenę określoną w poniższej tabeli:

Część nr 1:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa zadania | **Cena jednostkowa netto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Cena jednostkowa brutto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Stawka Podatku****VAT (%)** | **Liczba godzin świadczenia usług** | **Łączna cena netto świadczenia usług** (w PLN)) | **Łączna cena brutto świadczenia usług** (w PLN)) |
| kol. 1 | kol 2 |  | Kol.3 |  | Kol 4 |  |
| **Zadanie I** - indywidualne wsparcie psychologiczne/terapeutyczne dla osób dorosłych, na terenie zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Gminy Wołomin do **275 godzin**. |  |  |  | 275 |  |  |
| **Zadanie II** – grupowe wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dorosłych na terenie zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Gminy Wołomin do **48 godzin**. |  |  |  | 48 |  |  |
| Łączna cena brutto (zadanie I i II): |  |

Część nr 2:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa zadania | **Cena jednostkowa netto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Cena jednostkowa brutto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Stawka Podatku****VAT (%)** | **Liczba godzin świadczenia usług** | **Łączna cena netto świadczenia usług** (w PLN)) | **Łączna cena brutto świadczenia usług** (w PLN)) |
| kol. 1 | kol 2 |  | Kol.3 |  | Kol 4 |  |
| **Zadanie I -** indywidualne wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Żyrardów do 275 godzin. |  |  |  | 275 |  |  |
| **Zadanie II –** grupowe wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Żyrardów do 48 godzin. |  |  |  | 48 |  |  |
| Łączna cena brutto (zadanie I i II): |  |

Część nr 3:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa zadania | **Cena jednostkowa netto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Cena jednostkowa brutto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Stawka Podatku****VAT (%)** | **Liczba godzin świadczenia usług** | **Łączna cena netto świadczenia usług** (w PLN)) | **Łączna cena brutto świadczenia usług** (w PLN)) |
| kol. 1 | kol 2 |  | Kol.3 |  | Kol 4 |  |
| **Zadanie I** - indywidualne wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Gminy Piaseczno do 1100 godzin. |  |  |  | 1100 |  |  |
| **Zadanie II** – grupowe wsparcie psychologiczne/terapeutyczne dla osóbdorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Gminy Piaseczno do 168 godzin. |  |  |  | 168 |  |  |
| Łączna cena brutto (zadanie I i II): |  |

Część nr 4:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa zadania | **Cena jednostkowa netto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Cena jednostkowa brutto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Stawka Podatku****VAT (%)** | **Liczba godzin świadczenia usług** | **Łączna cena netto świadczenia usług** (w PLN)) | **Łączna cena brutto świadczenia usług** (w PLN)) |
| kol. 1 | kol 2 |  | Kol.3 |  | Kol 4 |  |
| **Zadanie I** - indywidualne wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Siedlce do 550 godzin. |  |  |  | 550 |  |  |
| **Zadanie II** – grupowe wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Siedlce do 84 godzin. |  |  |  | 84 |  |  |
| Łączna cena brutto (zadanie I i II): |  |

Część nr 5:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa zadania | **Cena jednostkowa netto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Cena jednostkowa brutto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Stawka Podatku****VAT (%)** | **Liczba godzin świadczenia usług** | **Łączna cena netto świadczenia usług** (w PLN)) | **Łączna cena brutto świadczenia usług** (w PLN)) |
| kol. 1 | kol 2 |  | Kol.3 |  | Kol 4 |  |
| **Zadanie I** - indywidualne wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Powiatu Szydłowieckiego do 550 godzin. |  |  |  | 550 |  |  |
| **Zadanie II** – grupowe wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Powiatu Szydłowieckiego do 84 godzin. |  |  |  | 84 |  |  |
| Łączna cena brutto (zadanie I i II): |  |

Część nr 6:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa zadania | **Cena jednostkowa netto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Cena jednostkowa brutto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Stawka Podatku****VAT (%)** | **Liczba godzin świadczenia usług** | **Łączna cena netto świadczenia usług** (w PLN)) | **Łączna cena brutto świadczenia usług** (w PLN)) |
| kol. 1 | kol 2 |  | Kol.3 |  | Kol 4 |  |
| **Zadanie I** - indywidualne wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Gminy Radom do 825 godzin. |  |  |  | 825 |  |  |
| **Zadanie II** – grupowe wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Gminy Radom do 120 godzin. |  |  |  | 120 |  |  |
| Łączna cena brutto (zadanie I i II): |  |

Część nr 7:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa zadania | **Cena jednostkowa netto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Cena jednostkowa brutto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Stawka Podatku****VAT (%)** | **Liczba godzin świadczenia usług** | **Łączna cena netto świadczenia usług** (w PLN)) | **Łączna cena brutto świadczenia usług** (w PLN)) |
| kol. 1 | kol 2 |  | Kol.3 |  | Kol 4 |  |
| **Zadanie I** - indywidualne wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Kobyłka do 385 godzin. |  |  |  | 385 |  |  |
| **Zadanie II** – grupowe wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Kobyłka do 60 godzin. |  |  |  | 60 |  |  |
| Łączna cena brutto (zadanie I i II): |  |

Część nr 8:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa zadania | **Cena jednostkowa netto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Cena jednostkowa brutto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Stawka Podatku****VAT (%)** | **Liczba godzin świadczenia usług** | **Łączna cena netto świadczenia usług** (w PLN)) | **Łączna cena brutto świadczenia usług** (w PLN)) |
| kol. 1 | kol 2 |  | Kol.3 |  | Kol 4 |  |
| **Zadanie I** - indywidualne wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Powiatu Warszawskiego Zachodniego do 1 375 godzin. |  |  |  | 1375 |  |  |
| **Zadanie II** – wsparcie psychologiczne/terapeutyczne grupowe dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Powiatu Warszawskiego Zachodniego do 216 godzin. |  |  |  | 216 |  |  |
| Łączna cena brutto (zadanie I i II): |  |

Część nr 9:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa zadania | **Cena jednostkowa netto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Cena jednostkowa brutto** za 1 godzinę świadczenia usług (w PLN) | **Stawka Podatku****VAT (%)** | **Liczba godzin świadczenia usług** | **Łączna cena netto świadczenia usług** (w PLN)) | **Łączna cena brutto świadczenia usług** (w PLN)) |
| kol. 1 | kol 2 |  | Kol.3 |  | Kol 4 |  |
| **Zadanie I** - indywidualne wsparcie psychologiczne/ terapeutyczne dla osób dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Glinojeck do 165 godzin. |  |  |  | 165 |  |  |
| **Zadanie II** – wsparcie psychologiczne/terapeutyczne grupowe dorosłych zgodnym z zakresem terytorialnym podregionu NUTS3 na terenie - Miasta Glinojeck do 36 godzin. |  |  |  | 36 |  |  |
| Łączna cena brutto (zadanie I i II): |  |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia oraz uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
2. Zobowiązujemy się do zachowania w tajemnicy wszelkich danych, do których będziemy mieli dostęp w związku z realizacją przedmiotu zamówienia – stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów.
3. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych
do realizacji procesu zamówienia zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 poz. 1781, z późn.zm.) oraz Rozporządzeniem 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 przepływy takich danych oraz uchylania dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L. 119 z 04 maja 2016 r., z późn. zm.).
4. Oświadczamy, że wypełniłem(-am) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(-am) w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Osobą upoważnioną do składania wyjaśnień do złożonej oferty oraz kontaktów w sprawie realizacji umowy jest p. ……………………….………………………, nr tel. ……………..………………, e-mail: ………………………………………….……

Załącznikami do oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

1.............................................................................................................................................

2............................................................................................................................................. 3.............................................................................................................................................

…………………………, dn. …………………

…………………………………………………

*podpis osoby uprawnionej po stronie Wykonawcy*

1. 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). [↑](#footnote-ref-1)