Nr sprawy 30/2021

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

**1. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO:**

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

ul. Bpa Nankera 103

41-949 Piekary Śląskie

tel. 32 287-95-03 w.39

[www.mopr.piekary.pl](http://www.mopr.piekary.pl/)

**2.** **Nazwa przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w okresie od dnia podpisania umowy do 31.12.2021r. na rzecz uczestników Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021, w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

**3.** **Nazwa i adres WYKONAWCY:**

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

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

tel/e-mail. .................................................................................

NIP ..........................................................................................

**4.** **Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:**

 1) Świadczenie usługi asystenckiej

cena jednostkowa za godzinę świadczenia usługi dla dzieci w wieku do 16 r.ż. (do kwoty maksymalnej określonej w Programie): :

 ..…… zł netto / ….… zł brutto

cena za 270 godzin świadczenia usługi dla dzieci w wieku do 16 r.ż.:

..…….. zł netto / ….…. zł brutto

cena jednostkowa za godzinę świadczenia usługi dla osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (do kwoty maksymalnej określonej w Programie):

..……. zł netto / …..… zł brutto

cena za 1080 godzin świadczenia usługi dla osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności:

..…….. zł netto / ….…. zł brutto

Podane ceny powinny zawierać wszystkie składowe, w tym min:

a) Zakup dla zaangażowanych asystentów biletów okresowych (szacowanie dla 3 asystentów x 9 m-cy x koszt biletu):

 ..…….. zł netto / …..…. zł brutto

Nr sprawy 30/2021

b) Ubezpieczenie zaangażowanych asystentów od odpowiedzialności cywilnej lub następstw nieszczęśliwych wypadków (szacowanie dla 3 asystentów na cały okres realizacji Programu):

..…….. zł netto / ….…. zł brutto

c) Zapewnienie środków ochrony osobistej dla zaangażowanych asystentów (szacowanie dla 3 asystentów x 9 m-cy ):

..…….. zł netto / ….…. zł brutto

2) Pokrycie kosztów ewentualnych wyjść na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi programu – w miarę potrzeb uczestników (do kwoty maksymalnej określonej w Programie – szacowany miesięczny koszt wejścia 3 osób x koszt miesięczny):

..…….. zł netto / ….…. zł brutto

**Całkowita wartość zamówienia z uwzględnieniem powyższych pozycji:**

..………….. zł netto / …….…. zł brutto

**5. Oświadczam/y, że** w celu realizacji niniejszej usługidysponujemy personelem, którego łącznie średnie doświadczenie w zakresie udzielania bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym wynosi (właściwe zaznaczyć X):

O więcej niż 5 lat,

O od 2,5 do 5 lat,

O mniej niż 2,5 roku.

**6. Oświadczenie wykonawcy o zatrudnianiu osób** **społecznie marginalizowanych w celu spełnienia wymagania przewidzianego dla „klauzul społecznych”.**

Oświadczam/y. żezatrudniamy łącznie …………….. osób, w tym ………….. osób społecznie marginalizowanych zgodnie z zapisami pkt. 3 ppkt. 10.2 Zapytania ofertowego.

**7. Oświadczam/y, że:**

Po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia, zapisami Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021 oraz wzorem umowy nie wnoszę/-imy do nich zastrzeżeń.

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

 *(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)*