**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY**

**Część A – formularz ofertowy**

1. Oferta złożona do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na zadanie o nazwie:

**Usługa polegająca na świadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

2. Dane dotyczące Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa (firma) Wykonawcy | Adres Wykonawcy |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr REGON / NIP | Telefon | Adres e-mail za pomocą którego Wykonawca będzie porozumiewał się z Zamawiającym |
| *Poniższe dane podaję dobrowolnie, w celu usprawnienia kontaktu* *z Zamawiającym w zakresie prowadzonego postępowania* |
|  |  |  |

*W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólnie należy wskazać wszystkich Wykonawców występujących wspólnie lub zaznaczyć, iż wskazany podmiot (Pełnomocnik/Lider) występuje w imieniu wszystkich podmiotów składających ofertę wspólnie.*

3. Cena ofertowa zamówienia z części B (podana cyfrowo):

brutto: ......................... PLN

3.1.(wypełnić jeśli dotyczy)

Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie następujących towarów/usług: …………………………………

3.2. (wypełnić jeśli dotyczy)

Wartość ww. towarów lub usług bez kwoty podatku wynosi:

*Wypełnić o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towaru i usług w przeciwnym razie zostawić niewypełnione.*

4. Oświadczam, iż:

1) posiadam dokumenty potwierdzające status Wykonawcy jako zakładu pracy chronionej lub spółdzielni socjalnej lub dokumenty potwierdzające prowadzenie przez Wykonawcę lub przez jego wyodrębnioną organizacyjne jednostkę, która będzie realizowała zamówienie, działalności, której głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób społecznie marginalizowanych;

2) procentowy wskaźnik zatrudnienia osób należących do jednej lub więcej kategorii, o których mowa w opisie przedmiotu zamówienia jest nie mniejszy niż 30 % osób zatrudnionych u Wykonawcy albo w jego jednostce, która będzie realizowała zamówienie i wynosi ………%;

3) zapoznałem się z warunkami zamówienia i przyjmuję je bez zastrzeżeń;

4) zapoznałem się z projektowanymi postanowieniami umowy, które zostaną wprowadzone do treści umowy w sprawie zamówienia i przyjmuję je bez zastrzeżeń;

5) przedmiot oferty jest zgodny z przedmiotem zamówienia;

6) jestem związany niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ.

7) wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\*wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*\*.

*(\*\*) 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).*

*(\*\*\*) 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).*

**8) kontakt z koordynatorem możliwy będzie** (zaznaczyć właściwą opcję):

 7 dni w tygodniu tj. co najmniej w dni powszednie w godzinach od 7:30 do 18:00, oraz w dni wolne i święta co najmniej w wymiarze 4 godzin każdego dnia wolnego od pracy i święta, w godzinach: …………………………………………………….. – otrzymuję 20 pkt. w kryterium „dostępność koordynatora dla Zamawiającego”

7 dni w tygodniu, w dni powszednie co najmniej w godzinach pracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie tj. poniedziałek w godzinach od 7:30 do 17:00, wtorek- czwartek w godzinach od 7:30 do 15:30, piątek w godzinach od 7:30 do 14:00, oraz w dni wolne i święta co najmniej w wymiarze 2 godzin każdego dnia, w godzinach: …………………………………………..…………….. – otrzymuję 10 pkt w kryterium „dostępność koordynatora dla Zamawiającego”

wyłącznie w dni powszednie co najmniej w godzinach pracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie tj. poniedziałek w godzinach od 7:30 do 17:00, wtorek- czwartek w godzinach od 7:30 do 15:30, piątek w godzinach od 7:30 do 14:00, lub w dni powszednie co najmniej w godzinach pracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie tj. poniedziałek w godzinach od 7:30 do 17:00, wtorek- czwartek w godzinach od 7:30 do 15:30, piątek w godzinach od 7:30 do 14:00 i dni wolne w wymiarze mniejszym niż 2 godziny w każdy dzień wolny i święto, w godzinach: ……………………………………………………………….. – otrzymuję 0 pkt w kryterium „dostępność koordynatora dla Zamawiającego”

9) czas reakcji nastąpi (zaznaczyć właściwą opcję):

do 2 godzin od zgłoszenia potrzeby wejścia w środowisko - czas reakcji będzie liczony od momentu zgłoszenia telefonicznego potrzeby wejścia do faktycznego wejścia opiekunki w środowisko – otrzymuję 20 pkt w kryterium „czas reakcji”;

powyżej 2 do 6 godzin od zgłoszenia potrzeby wejścia w środowisko - czas reakcji będzie liczony od momentu zgłoszenia telefonicznego potrzeby wejścia do faktycznego wejścia opiekunki w środowisko – otrzymuję 15 pkt w kryterium „czas reakcji”;

powyżej 6 do 12 godzin od zgłoszenia potrzeby wejścia w środowisko - czas reakcji będzie liczony od momentu zgłoszenia telefonicznego potrzeby wejścia do faktycznego wejścia opiekunki w środowisko – otrzymuję 10 pkt w kryterium „czas reakcji”;

powyżej 12 godzin od zgłoszenia potrzeby wejścia w środowisko, jednak nie później niż 24 godziny od zgłoszenia potrzeby wejścia w środowisko – otrzymuję 0 pkt w kryterium „czas reakcji”.

10) niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza nie wypełniony, Zamawiający uzna, iż zamówienie zostanie wykonane siłami własnymi Wykonawcy, bez udziału podwykonawców.

5. Termin realizacji zamówienia - zgodnie z zapisami SWZ

6. Rodzaj przedsiębiorstwa jakim jest Wykonawca (zaznaczyć właściwą opcję):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mikroprzedsiębiorstwo*(Przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO).* |
|  | Małe przedsiębiorstwo*(Przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i katorgo roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO).* |
|  | Średnie przedsiębiorstwo*(Przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR. lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO).* |
|  | Jednoosobowa działalność gospodarcza |
|  | Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej |
|  | Inne (jakie?): ………………………………… |

7. Oferta została złożona na ………..… zapisanych stronach, (kolejno ponumerowanych).

**Część B – formularz cenowy** – Wykonawca wypełnia w zakresie części, na którą składa ofertę.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto za jedną godzinę (zł)** | **Szacunkowa liczba godzin w okresie objętym zamówieniem** | **Wartość usług ogółem brutto (zł)** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E=C x D** |
| **1** | **Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi** |  | **724** |  |