Nr sprawy 16/2022

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY

**I. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO:**

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

ul. Bpa Nankera 103

41-949 Piekary Śląskie

tel. 32 287-95-03

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

**II.** **Nazwa przedmiotu zamówienia:**

Usługa polegająca naświadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagających pomocy w miejscu zamieszkania na terenie miasta Piekary Śląskie.

**III.** **Nazwa i adres WYKONAWCY:**

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

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

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

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

**IV.** **Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:**

Usługa polegająca naświadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagających pomocy w miejscu zamieszkania na terenie miasta Piekary Śląskie.

**Cena za 1godz. Świadczenia usług netto………….……zł / brutto…………...…zł**

**Całkowita wartość zamówienia netto……………………zł / brutto……………...zł**

**(**za 666 godzin)

**V.**  **Oświadczam, że:**

po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia oraz wzorem umowy nie wnoszę/-imy do nich zastrzeżeń.

**VI. Oświadczam, że:**

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 w pkt.4.14 jest nie mniejszy niż 30 % osób zatrudnionych u Wykonawcy albo w jego jednostce, która będzie realizowała zamówienie.

3) 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: ……………………………………………………..

**□** 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: …………………………………………..……………..

**□** 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: ………………………………………………………………..

4) do pełnienia funkcji koordynatora wyznaczam ……………………………… będącego dostępnym pod nr tel……………………………………..

5) posiadam minimum 1 osobę do rzetelnego i prawidłowego realizowania zlecenia z odpowiednimi kwalifikacjami i przeszkoleniami do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z zapisami w zapytaniu ofertowym w punkcie 7 a

6) czas reakcji będzie (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.

**□** 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.

**□** 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.

**□** powyżej 12 godzin od zgłoszenia potrzeby wejścia w środowisko, jednak nie później niż 24 godziny od zgłoszenia potrzeby wejścia w środowisko.

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

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)*