**GOPS.FK.27.271.3.2020. SG**

**O F E R T A**

|  |
| --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** |
| Nazwa: **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Inowrocławiu** |
| Adres: 88-100 Inowrocław, ul. Królowej Jadwigi 43 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA \*** | | | |
| 1. | Nazwa: | | |
| Województwo: | | |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Kraj: |
| Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu): | | |
| NIP: | REGON: | |
| **E-mail: \*\*** | **Tel.:** \*\* | |
| Adres internetowy: | **Faks:** \*\* | |

**\***W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w formularzu OFERTY należy wpisać wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

**\*\* Ze względu na dopuszczenie porozumiewania się Zamawiającego z oferentami drogą elektroniczną (e-mail) lub/i faxem, prosimy o wpisanie powyższych danych do formularza oferenta wraz z numerem telefonu.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI**  *(wypełnić w przypadku, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż siedziba Wykonawcy)* | | |
| Nazwa: | | |
| Województwo: | | |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Kraj: |
| Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu): | | |
| Tel: | | Faks: |

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia jak poniżej;

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część zam.** | **Nazwa usługi** | **Cena netto 1 godziny wykonania usługi** | **Podatek VAT** | **Cena brutto**  **1 godziny wykonania usługi** | **Szacunkowa ilość godzin** | **Wartość zamówienia brutto (słownie)** | **Termin płatności za usługę** |
| 1 | *Specjalistyczne usługi opiekuńczych dla osób  z zaburzeniami psychicznymi* |  |  |  | 1248 |  |  |
| 2 | *Specjalistyczne usługi*  ***w formie integracji sensorycznej*** |  |  |  | 364 |  |  |
| 3 | *Specjalistyczne usługi opiekuńczych*  ***w formie treningu umiejętności społecznych*** |  |  |  | 260 |  |  |
| 4 | *Specjalistyczne usługi opiekuńczych*  ***w formie rehabilitacji metodą Vojty*** |  |  |  | 520 |  |  |

*Miejsce i data ……………………………………… …………………………………………………………………*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

***Oświadczamy, że cena oferty została sporządzona w oparciu o całkowity przedmiot zamówienia, posiadaną wiedzę i doświadczenie, uwzględnia wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia oraz należny podatek od towarów i usług VAT .***

***2. Termin realizacji zamówienia: zgodnie z SIWZ oraz formularzem ofertowym***

***3. Niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni.***

***4. Akceptujemy wzór umowy.***

***5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia,   
a także wzorem umowy oraz wszystkimi innymi dokumentami i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz uznajemy się za związanych określonymi w nich warunkami. Oświadczam, iż jest nam znana charakterystyka miejsca realizacji inwestycji, w stopniu niezbędnym do przygotowania oferty oraz zawarcia umowy i wykonania przedmiotu zamówienia.***

***6. Oświadczamy, że wykonamy/nie wykonamy całość zamówienia siłami własnymi.1***

***Następujące prace zamierzamy powierzyć podwykonawcom:***

**……………………………………………………………………………………………….……………………………………….....................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................**

***7. Powstanie obowiązku podatkowego u Zamawiającego:***

***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY z art. 91 ust. 3a ustawy Pzp***

*Oświadczamy, że*

***1. Wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług1***

***2. Wybór oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług1***

***3. Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył1***

***………….………………………………………………………………………………………………………………….…...............................................................................................***

***objętych przedmiotem zamówienia, podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, a ich wartość netto (bez kwoty podatku) będzie wynosiła …………………………..………....1zł...............................................................................................………………..……………………………………………………………..........................***

*W wypadku wyboru opcji 1) opcję 2) i 3) przekreślić.*

*W przypadku wyboru opcji 2) opcję 1) przekreślić.*

*Wpisać nazwę/rodzaj towaru lub usługi, które będą prowadziły do powstania   
u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów   
i usług.*

*Wpisać wartość netto (bez kwoty podatku) towaru/towarów lub usługi/usług podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, wymienionych wcześniej. Art. 91 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 1086 )*

*Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami. Wykonawca, składając ofertę, informuje zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.*

***8. Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem:***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Mikroprzedsiębiorstwo*** |  |
| ***Małe przedsiębiorstwo*** |  |
| ***Średnie przedsiębiorstwo*** |  |

*\* zaznaczyć odpowiednie lub przekreślić jeśli nie dotyczy*

**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.*

*Miejsce i data ……………………………………… ..................................................................................................*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 1

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

/pieczęć adresowa wykonawcy/

**Numer referencyjny: GOPS.FK.27.271.3.2020. SG**

# OŚWIADCZENIE

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:** |

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1-8 ustawy Pzp.

*Miejsce i data …………………………… ………………………………………………………………………*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

***(wypełnić jeżeli dotyczy)*** Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13 i 14 oraz 16-20 lub ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

*Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………..*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA**  *(wypełnić jeżeli dotyczy)* |

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu tj.:…………………………………………………………………………*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

*Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI** |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*Miejsce i data ……………………………………… ………………………………………………………………………*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 2

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

*/pieczęć adresowa wykonawcy/*

**Numer referencyjny: GOPS.FK.27.271.3.2020. SG**

# OŚWIADCZENIE

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTEPOWANIU**

|  |
| --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY** |

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego   
w pkt 5. Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia

*Miejsce i data ……………………………………… ………………………………………………………………………*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

|  |
| --- |
| **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**  *(wypełnić jeżeli dotyczy)* |

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w pkt 5. Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..………………………………………………………………………………………………………………. ..……………………………………………………………………………………………………………….w następującym zakresie:

..……………………………………………………………………………………………………………….

..……………………………………………………………………………………………………………….

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

*Miejsce i data ……………………………………… ………………...…………………………………………………….*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:** |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 3

**GOPS.FK.27.271.3.2020. SG**

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”**

**Wykaz usług**

**zrealizowanych przez Wykonawcę w okresie ostatnich trzech lat**

**przed upływem terminu składania ofert**

Nazwa i adres wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………….................................................................

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dot. części zamówienia** | **Rodzaj, zakres zamówienia i miejsce realizacji** | **Termin realizacji od – do**  **(podać rok i miesiąc)** | **Liczba zrealizowanych godzin** | **Nazwa zamawiającego** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\*należy dołączyć odpowiednio dokumenty potwierdzające należyte wykonanie zamówienia.**

*Miejsce i data ………………………………………*

…………………………………………………………

(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)

Załącznik nr 4

**GOPS.FK.27.271.3.2020. SG**

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania**

**klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”**

**Wykaz osób przewidzianych do realizacji zamówienia**

Nazwa i adres wykonawcy …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część zamówienia** | **Zakres wykonywanych czynności do wykonania w zamówieniu** | **Imię i Nazwisko** | **Doświad-**  **czenie/**  **staż** | **Opis posiadanych uprawnień, kwalifikacji i wykształcenia** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………

(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)

Załącznik nr 5

**GOPS.FK.27.271.3.2020. SG**

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania klientów**

**Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”**

Nazwa i adres wykonawcy …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Wykaz zaplecza technicznego na realizację usług (dotyczy części 2,3,4)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Część zamówienia** | **Wykaz zaplecza technicznego do prawidłowego wykonywania usługi** | **Podstawa dysponowania zasobami** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Miejsce i data ………………………………………*

……………………………………………………………

( podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)

Załącznik nr 6

**GOPS.FK.27.271.3.2020. SG**

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania klientów**

**Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”**

**W imieniu wykonawcy:**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**Informuję, że:**

**⃰ nie należę do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp**

**⃰ należę do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp**

*Miejsce i data ………………………………………*

……………………………………………………………

( podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)