**GOPS.FK.27.271.3.3.2017.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 godziny***  | ***Podatek Vat*** | ***Cena brutto******godziny*** | ***Ilość zrealizowanych godzin*** |
| 1 | *Specjalistyczne usługi opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi* |  |  |  |  |
| 2a | *Specjalistyczne usługi* ***- usługi  fizjoterapeutyczne*** |  |  |  |  |
| 2b | *Specjalistyczne usługi opiekuńczych* ***-zajęcia  terapeutyczne*** |  |  |  |  |
| 2c | *Specjalistyczne usługi opiekuńczych* *-****porady logopedycznej*** |  |  |  |  |
| 2d  | *Specjalistycznych usług opiekuńczych* *-rehabilitacja metodą Vojty* |  |  |  |  |

 *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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579)*

*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*

***ZAŁĄCZNIKI SKŁADANE RAZEM Z FORMULARZEM OFERTOWYM***

*1) oświadczenie wykonawcy, ze nie podlega wykluczenia z postępowania na podstawie
art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy, art. 24 ust. 5 pkt 1-8.*

*2) oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu;*

Załącznik nr 1

GOPS.FK.27.271.3.3.2017.SG

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

**dla osób z zaburzeniami psychicznymi,**

**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.**

…………………………………………………………

 (podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

 do występowania w imieniu wykonawcy)

Załącznik nr 2

GOPS.FK.27.271.3.3.2017.SG

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

**dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

**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 3

GOPS.FK.27.271.3.3.2017.SG

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

**dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

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

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

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

**Doświadczenie Wykonawcy w wykonaniu usług odpowiadających zakresowi tematycznemu objętemu niniejszym zamówieniem**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dotyczy****części zamówienia****zgodnie, że szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia** | **Lp.** | **Przedmiot zamówienia (nazwa usług) i termin oraz miejsce przeprowadzenia**  | **Odbiorcy****(grupa zawodowa, liczba osób)** | **Liczba zrealizowanych godzin** |
| Część ..... | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| Część ..... | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| … |  |  |  |

**Oświadczam/y, iż wszystkie informacje przedstawione powyżej są zgodne ze stanem faktycznym oraz że ww. usługi odpowiadają tematyką zakresowi tematycznemu objętemu niniejszym zamówieniem stosownie do części zamówienia.**

..............................., dn. ........................ ……………….…………………........................................................
 Miejscowość i data (podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

 do występowania w imieniu wykonawcy)

Załącznik nr 4

GOPS.FK.27.271.3.3.2017.SG

OŚWIADCZENIE

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

**dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

**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 w skład której wchodzą następujące podmioty:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  | Adres |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

..............................., dn. ........................ ……………….…………………........................................................
 Miejscowość i data (podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

 do występowania w imieniu wykonawcy)

Załącznik nr 5

GOPS.FK.27.271.3.3.2017.SG

**Umowa**

**na przeprowadzenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

**zawarta w dniu ......r. w Inowrocławiu pomiędzy**

Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Inowrocławiu z siedzibą przy ul. Królowej Jadwigi 43, 88-100 Inowrocław, zwanym dalej Zamawiającym reprezentowanym przez:

Ewę Słowik kierownika,

i Małgorzatę Pomagier głównego księgowego

a

...................................................................................................…………………… reprezentowanym przez ……………………………………………................................ zwanym dalej **Wykonawcą**

o następującej treści:

§ 1

Umowa dotyczy realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych wyszczególnionych

w przepisach art. 50 - 53 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych zawarta zgodnie z SIWZ oraz ofertą Usługodawcy, która stanowi jego część integralną.

§ 2

Wykonawca zobowiązuje się świadczyć na rzecz Zamawiającego, specjalistyczne usługi opiekuńcze dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu, zamieszkałych na terenie Gminy Inowrocław.

§ 3

Wykaz klientów korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych wraz z miejscem zamieszkania oraz ilością godzin świadczonych usług, stanowi Zał.nr 1 umowy i jest jego integralną częścią, i zostanie przekazany Wykonawcy w dniu podpisania umowy.

Dane osobowe osób z zaburzeniami psychicznymi skierowanymi do świadczenia usług specjalistycznych będą przekazane wyłącznie za zgodą na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.
(tj. Dz. U. z 2016 r. poz.922

§ 4

Wykonawca oświadcza, iż posiada wiedzę specjalistyczną oraz uprawnienia do świadczenia przedmiotowych usług, a także, że będzie je wykonywał za pomocą osób posiadających
do tego stosowne kwalifikacje. Nadto osoby te spełniają wymogi, które są określone
w przepisach wyżej powołanej ustawy oraz w innych przepisach obowiązujących w tym zakresie.

§ 5

Zamawiający zobowiązany jest do przedłożenia Wykonawcy, za zgodą podopiecznych następujących dokumentów:

1. Zaświadczenie lekarzy psychiatrów o stanie zdrowia podopiecznych korzystających

z usług w uwierzytelnionej kserokopii.

1. Informację na temat danych osobowych tych podopiecznych, przy czym dokumenty posiadane przez zleceniodawcę w tym zakresie będą przekazane w uwierzytelnionej kserokopii.

§ 6

Czynności realizowane w ramach niniejszej umowy przez Wykonawcę obejmują pełen zakres opieki przewidzianej w przepisach powołanej wyżej ustawie, w przepisach wykonawczych wydanych do tej ustawy, a także w innych obowiązujących przepisach prawa w tym zakresie.

§ 7

Usługa objęta niniejszą umową będzie realizowana przez wykwalifikowaną do tego osobę przez dwie godziny dziennie trzy razy w tygodniu, względnie przez trzy godziny dziennie dwa razy w tygodniu. Będzie ona świadczona na podstawie odrębnie ustalonego pomiędzy stronami harmonogramu i dostarczonego do Ośrodka na początku każdego miesiąca. Przy czym liczba godzin świadczonych na rzecz jednego klienta nie powinna wynosić więcej
niż dwadzieścia sześć godzin miesięcznie.

§ 8

1.Strony uzgadniają odpłatność w wysokości ……. zł brutto (słownie: …………) za jedną godzinę pracy opiekuna, przy czym stawka ta obejmuje pracę opiekuna, jak również wszystkie pozostałe koszty takie jak: koszt dojazdu, zużyte materiały jednorazowe oraz koszt obsługi administracyjno- księgowej przypadający na tego opiekuna.

2.Cena jednej usługi nie podlega zmianie przez cały czas trwania umowy.

3.Całkowita wartość zamówienia będzie równa iloczynowi godzin wykonanych specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi razy cena jednej godziny usługi.

§ 9

1.Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za nienależyte wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych w wysokości 20% wartości stawki godzinowej o której mowa w § 8 ust. 1 umowy.

2.Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za niewykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych, w wysokości 20% stawki godzinowej o której mowa § 8 ust. 1 umowy.

3.Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 20% wartości przedmiotu umowy o którym mowa w § 8 ust. 1 umowy, za odstąpienie od umowy Zamawiającego z winy Wykonawcy.

4.Niezależnie od naliczenia kary umownej o której mowa w ust. 1 i 2 , Wykonawca
jest zobowiązany do wykonania usługi niewykonanej lub wykonanej nienależycie.

§ 10

Osoba wykonująca opiekę w imieniu Wykonawcy jest zobowiązana prowadzić szczegółową kartę pracy, którą wraz z miesięczną oceną psycho-społecznego funkcjonowania każdego klienta i opisem zrealizowanych usług, raz w miesiącu przedkładać będzie dla potrzeb Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu. Zał. nr 2 do umowy.

§ 11

1.Strony będą rozliczały się na podstawie faktur vat lub rachunków wystawianych
przez usługodawcę, według zasad opisanych wyżej i zaadresowanych w następujący sposób:

 NABYWCA: GMINA INOWROCŁAW

 UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 43

 88-100 INOWROCŁAW

 NIP 556-273-88-48

ODBIORCA: GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

 W INOWROCŁAWIU

 UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 43

 88-100 INOWROCŁAW

2.Faktury lub rachunki będą wystawiane raz w miesiącu na koniec danego miesiąca,
w którym usługi były świadczone i będą dostarczone w terminie 5 dni od ich wystawienia.

3. Zapłata za faktury lub rachunki będzie następowała w terminie 14 dni, od daty otrzymania prawidłowo wystawionego dokumentu.

§ 12

Zamawiający zastrzega sobie możliwość przerwy na realizację usług, lub przedłużenia terminu płatności w przypadku zwłoki w otrzymaniu dotacji na ten cel
z budżetu Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego.

§ 13

Umowa obowiązuje od dnia 2.01.2018 r. i zawarta jest na czas określony do dnia

31.12.2018 r.

§ 14

Stronom przysługuje prawo odstąpienia od umowy w następujących sytuacjach:

1.Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:

a) jeżeli Wykonawca nie rozpoczął wykonywania usług bez uzasadnionej przyczyny i nie kontynuuje ich pomimo wezwania Go na piśmie w terminie trzech dni od daty otrzymania wezwania,

b) jeżeli Wykonawca bez uzasadnionej przyczyny przerwał realizację i przerwa ta trwa dłużej niż trzy kolejne dni,

c) w przypadku stwierdzenia źle wykonywanych zadań wynikających z zapytania ofertowego lub nagminnie powtarzających się skarg ze strony osób korzystających oraz braku reakcji
na interwencję Zamawiającego,

2. Wykonawcy przysługuje prawo odstąpienia od umowy w szczególności jeżeli:

a) Zamawiający nie wywiązuje się z obowiązku zapłaty za świadczone usługi mimo wezwania złożonego na piśmie przez Wykonawcę w terminie 1 m-ca od upływu terminu zapłaty faktur.

3. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie.

4. W przypadku odstąpienia od umowy strony zobowiązane są do sporządzenia w terminie
7 dni protokołu przekazania i rozliczenia się z wykonanych usług.

§ 15

Zmiany umowy dla swej ważności wymagają podpisania aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności

Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawartej umowy w sprawie zamówienia publicznego.

1. W oparciu o art. 144 ust. 1 ustawy Pzp zamawiający określa następujące okoliczności, które mogą powodować konieczność wprowadzenia istotnych zmian w treści zawartej umowy w stosunku do treści złożonej oferty:

a) Zmiana terminu realizacji zamówienia z przyczyn nie leżących po stronie Zamawiającego,

b)Wystąpienie oczywistych omyłek pisarskich i rachunkowych w treści umowy;

c)Wynikających ze zmian obowiązujących przepisów prawnych.

2.Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany postanowień zawartej umowy
na uzasadniony wniosek Wykonawcy/zamawiającego. Dokonywanie zmian jest możliwe o ile wynika to z okoliczności, których pomimo zachowania należytej staranności, nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy i zmiany takie są niezależnie od woli stron umowy oraz są nieistotne w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru wykonawcy.

§ 16

Do spraw nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r.
o finansach publicznych oraz inne obowiązujące przepisy ustaw w zakresie przedmiotu uregulowania niniejszą umową.

§ 17

Zapłata ewentualnych zobowiązań podatkowych lub para podatkowych wynikających
z tej umowy obciąża wykonawcą.

§ 18

1.Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej dla każdej
ze stron.

2. W przypadku sporów sądem właściwym będzie sąd zgodnie z siedzibą zamawiającego.

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

 Zamawiający Wykonawca

Załącznik nr 1 do umowy

Inowrocław, dnia..................

WYKAZ OSÓB KORZYSTAJACYCH Z USŁUG SPECJALISTYCZNYCH

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania | Liczba godzin świadczonych max w tygodniu | Liczba godzin świadczonych max w miesiącu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………………..

Data i podpis

 Załącznik nr 2 do umowy

 Inowrocław, dnia …………………..

…………………………………………………

 PIECZĘĆ REALIZATORA USŁUG

KARTA PRACY OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI

MIESIĄC ……………….20……r.

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Inowrocławiu zleca Panu/Pani …………………………………………….

sprawowanie usług specjalistycznych u Pana/Pani …………………………………………………………………..
zam……………………………………………………………………………………………………………………

w dniach od ………………………….. do ………………………… w godz. od …………do..............................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godziny****Od - do** | **Liczba godzin** | **Podpis osoby objętej pomocą lub osoby upoważnionej** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem zrealizowane godziny |  |
| PODPIS OPIEKUNKI | AKCEPTACJA WYKONANIA PRZEZ PRACOWNIKA PROWADZĄCEGO |

OCENA PSYCHO-SPOŁECZNEGO FUNKCJONOWANIA KLIENTA I OPIS ZREALIZOWANYCH USŁUG W MIESIĄCU …………………………………..

1. ŚWIADCZENIOBIORCA ………………………………………………………………..

2. OSOBA ŚWIADCZĄCA POMOC ……………………………………………………….

3. LICZBA WYKONANYCH GODZIN ……………………………………………………

4. POTWIERDZENIE WYKONANYCH GODZIN ……………………………………….

5. ZAKRES ZREALIZOWANYCH USŁUG, PRZYCZYNY NIEZREALIZOWANIA CZĘŚCI ZAKRESU CZYNNOŚCI, TRUDNOŚCI W REALIZACJI ZAKRESU USŁUG

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. PLANY, UWAGI, SUGESTIE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………..

Data i podpis

**Umowa nr**

**na przeprowadzenie specjalistycznych usług opiekuńczych**

**dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

**zawarta w dniu …………. r. w Inowrocławiu pomiędzy**

Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Inowrocławiu z siedzibą przy
ul. Królowej Jadwigi 43, 88-100 Inowrocław, zwanym dalej Zamawiającym reprezentowanym przez:

Ewę Słowik kierownika

i Małgorzatę Pomagier głównego księgowego

a

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

reprezentowanym przez...............................................................................................................

zwanym dalej **Wykonawcą**

o następującej treści:

§ 1

Umowa dotyczy realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych wyszczególnionych w przepisach art. 50 - 53 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych zawarta zgodnie z SIWZ oraz z ofertą Usługodawcy, która stanowi jego część integralną.

§ 2

Wykonawca zobowiązuje się świadczyć na rzecz Zamawiającego specjalistyczne usługi opiekuńcze w zakresie – zajęć ..............................dla dzieci klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu zamieszkałych na terenie gminy Inowrocław.

§ 3

Wykaz dzieci klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej specjalistycznych usług opiekuńczych wraz z miejscem zamieszkania oraz ilością godzin świadczonych usług, stanowi Załącznik nr 1, jest jego integralna częścią i zostanie przekazany Wykonawcy w dniu podpisania umowy.

Dane osobowe osób z zaburzeniami psychicznymi skierowanymi do świadczenia usług specjalistycznych będą przekazane wyłącznie za zgodą na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.
(tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 )

§ 4

Wykonawca oświadcza, iż posiada wiedzę specjalistyczną oraz uprawnienia do świadczenia przedmiotowych usług że będzie wykonywał je zgodnie z zawartą umową za pomocą osób posiadających do tego stosowne kwalifikacje. Wykonawca spełnia wymogi, które są określone w przepisach wyżej powołanej ustawy oraz w innych przepisach obowiązujących
w tym zakresie

§ 5

Czynności realizowane w ramach niniejszej umowy przez Wykonawcę obejmują pełen zakres opieki przewidzianej w przepisach powołanej wyżej ustawie, w przepisach wykonawczych wydanych do tej ustawy, a także w innych obowiązujących przepisach prawa w tym zakresie.

§ 6

Usługa objęta niniejszą umową będzie realizowana przez wykwalifikowaną do tego osobę
w ilości godzin w tygodniu na rzecz każdego dziecka zgodnie z Zał. nr 1 do umowy.

§ 7

1.Strony uzgadniają odpłatność w wysokości ………. zł brutto za 1 godzinę (słownie: ……………) pracy w/w specjalisty, przy czym stawka ta obejmuje pracę specjalisty wyłącznie z dzieckiem.

2. Cena jednej godziny usług nie podlega zmianie przez cały czas trwania umowy.

§ 8

1.Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za nienależyte wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych w wysokości 20% wartości stawki godzinowej o której mowa w § 7 ust. 1 umowy.

2.Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za niewykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych, w wysokości 20% stawki godzinowej o której mowa § 7 ust. 1 umowy.

3.Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 20% wartości przedmiotu umowy o którym mowa w § 7 ust. 1 umowy, za odstąpienie od umowy Zamawiającego z winy Wykonawcy.

4. Niezależnie od naliczenia kary umownej o której mowa w ust. 1 i 2 , Wykonawca jest zobowiązany do wykonania usługi niewykonanej lub wykonanej nienależycie.

§ 9

Usługi specjalistyczne będą świadczone w miejscu zamieszkania dziecka. Na wniosek matki lub w oparciu o stosowne zaświadczenie lekarskie dziecko będzie dowożone przez matkę na zajęcia do placówki.

 § 10

1.Osoba wykonująca opiekę w imieniu Wykonawcy jest zobowiązana prowadzić szczegółową
kartę pracy, którą wraz z miesięczną oceną psychospołecznego funkcjonowania każdego
klienta i opisem zrealizowanych usług, raz w miesiącu przedkładać będzie dla potrzeb
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu Zał. nr 2 do umowy.

2.Strony będą rozliczały się na podstawie faktur lub rachunków wystawianych przez usługodawcę, według zasad opisanych wyżej zaadresowanych w następujący sposób:

 NABYWCA: GMINA INOWROCŁAW

 UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 43

 88-100 INOWROCŁAW

 NIP 556-273-88-48

ODBIORCA: GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

 W INOWROCŁAWIU

 UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 43

 88-100 INOWROCŁAW

3.Faktury lub rachunki będą wystawiane raz w miesiącu na koniec danego miesiąca,
w którym usługi były świadczone i będą dostarczone w terminie 5 dni od daty wystawienia.

4. Zapłata za fakturę lub rachunek będzie następowała w terminie 14 dni, od daty otrzymania prawidłowo wystawionego dokumentu.

§ 11

Umowa obowiązuje od dnia 2.01.2018 r. i zawarta jest na czas określony do dnia
31.12.2018 r.

§ 12

Zamawiający zastrzega sobie możliwość przerwy na realizację usług,
lub przedłużenia terminu płatności w przypadku zwłoki w otrzymaniu dotacji na ten cel
z budżetu Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego.

§ 13

 Stronom przysługuje prawo odstąpienia od umowy w następujących sytuacjach:

1. Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:
2. jeżeli Wykonawca nie rozpoczął wykonywania usług bez uzasadnionej przyczyny i nie kontynuuje ich pomimo wezwania Go na piśmie w terminie trzech dni od daty otrzymania wezwania,
3. jeżeli Wykonawca bez uzasadnionej przyczyny przerwał realizację usług i przerwa
ta trwa dłużej niż trzy kolejne dni,
4. w przypadku stwierdzenia źle wykonywanych zadań wynikających z zapytania ofertowego lub nagminnie powtarzających się skarg ze strony osób korzystających oraz braku reakcji na interwencję Zamawiającego,
5. Wykonawcy przysługuje prawo odstąpienia od umowy w szczególności jeżeli:
6. Zamawiający nie wywiązuje się z obowiązku zapłaty za świadczone usługi mimo wezwania złożonego na piśmie przez Wykonawcę w terminie 1 m-ca od upływu terminu zapłaty rachunku,
7. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie.
8. W przypadku odstąpienia od umowy strony zobowiązane są do sporządzenia
w terminie 7 dni protokołu przekazania i rozliczenia się z wykonywanych usług.

§ 14

Zmiany w umowie dla swej ważności wymagają podpisania aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawartej umowy w sprawie zamówienia publicznego.

1.W oparciu o art. 144 ust. 1 ustawy Pzp zamawiający określa następujące okoliczności, które mogą powodować konieczność wprowadzenia istotnych zmian w treści zawartej umowy w stosunku do treści złożonej oferty:

a)Zmiana terminu realizacji zamówienia z przyczyn nie leżących po stronie Zamawiającego,

b)Wystąpienie oczywistych omyłek pisarskich i rachunkowych w treści umowy;

c)Wynikających ze zmian obowiązujących przepisów prawnych.

2.Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany postanowień zawartej umowy
na uzasadniony wniosek Wykonawcy/zamawiającego. Dokonywanie zmian jest możliwe o ile wynika to z okoliczności, których pomimo zachowania należytej staranności, nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy i zmiany takie są niezależnie od woli stron umowy oraz są nieistotne w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru wykonawcy.

§ 15

Do spraw nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, oraz inne obowiązujące przepisy ustaw w zakresie przedmiotu uregulowania niniejszą umową.

§ 16

Zapłata ewentualnych zobowiązań podatkowych lub para podatkowych wynikających z tej umowy obciąża usługodawcę.

§ 17

1.Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej dla każdej
ze stron.

2. W przypadku sporów sądem właściwym będzie sąd zgodnie z siedzibą zamawiającego.

........................................ .................................................... Zamawiający Wykonawca

Załącznik nr 1 do umowy

Inowrocław, dnia..................

WYKAZ OSÓB KORZYSTAJACYCH Z USŁUG SPECJALISTYCZNYCH

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania | Liczba godzin świadczonych max w tygodniu | Liczba godzin świadczonych max w miesiącu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………………..

Data i podpis

 Załącznik nr 2 do umowy

 Inowrocław, dnia …………………..

…………………………………………………

 PIECZĘĆ REALIZATORA USŁUG

KARTA PRACY OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI

MIESIĄC ……………….20……r.

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Inowrocławiu zleca Panu/Pani …………………………………………….

sprawowanie usług specjalistycznych u Pana/Pani …………………………………………………………………..
zam……………………………………………………………………………………………………………………

w dniach od ………………………….. do ………………………… w godz. od …………do..............................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godziny****Od - do** | **Liczba godzin** | **Podpis osoby objętej pomocą lub osoby upoważnionej** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem zrealizowane godziny |  |
| PODPIS OPIEKUNKI | AKCEPTACJA WYKONANIA PRZEZ PRACOWNIKA PROWADZĄCEGO |

OCENA PSYCHO-SPOŁECZNEGO FUNKCJONOWANIA KLIENTA I OPIS ZREALIZOWANYCH USŁUG W MIESIĄCU …………………………………..

1. ŚWIADCZENIOBIORCA ………………………………………………………………..

2. OSOBA ŚWIADCZĄCA POMOC ……………………………………………………….

3. LICZBA WYKONANYCH GODZIN ……………………………………………………

4. POTWIERDZENIE WYKONANYCH GODZIN ……………………………………….

5. ZAKRES ZREALIZOWANYCH USŁUG, PRZYCZYNY NIEZREALIZOWANIA CZĘŚCI ZAKRESU CZYNNOŚCI, TRUDNOŚCI W REALIZACJI ZAKRESU USŁUG

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. PLANY, UWAGI, SUGESTIE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………..

Data i podpis