**Zał. nr 1 do SWZ GOPS/3/2025/ZO**

**Zamawiający**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

w Radzyniu Podlaskim

Ul. Warszawska 32

21-300 Radzyń Podlaski

**FORMULARZ OFERTY**

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania będących podopiecznymi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radzyniu Podlaskim w zakresie integracji sensorycznej”**

Ja/my\* niżej podpisani:

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

działając w imieniu i na rzecz:

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

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

*(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Kraj ……………………………………

REGON …….………………………………..

NIP: ………………………………….

TEL. …………………….………………………

adres e-mail:……………………………………

(*na które* *Zamawiający* *ma* *przesyłać* *korespondencję)*

1. **Sprawy formalne :**
2. Oświadczam, że :
3. zapoznałem się ze zapytaniem ofertowym i przyjmuję jej postanowienia w całości i bez zastrzeżeń;
4. otrzymałem wszelkie niezbędne informacje do sporządzenia oferty;
5. ofertę przygotowałem z należytą starannością, z zachowaniem wszelkich wymogów formalnych i prawnych
6. świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że zawarte w ofercie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i zgodne z prawdą
7. akceptujemy warunki płatności określone w projekcie umowy
8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w załączniku do zapytania ofertowego i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w załączniku do zapytania ofertowego, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

2.Załączam wymagane dokumenty:

* 1. ........................................................................................................
  2. ........................................................................................................
  3. ........................................................................................................
  4. ……………………………………………………………………...
  5. ……………………………………………………………………..
  6. ……………………………………………………………………..

3.Właściwym do kontaktów w sprawie realizacji umowy jest:

1. ……………………………………………………………………………..

4.Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni od dnia złożenia oferty.

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

□ Mikroprzedsiębiorstwo*(zatrudniającym mniej niż 10 osób i roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro),*

□ Małe przedsiębiorstwo*(zatrudniającym mniej niż 50 osób i roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro),*

□ Średnie przedsiębiorstwo *(zatrudniającym mniej niż 250 osób i roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro*

□ innym

□ osoba fizyczna

□ osoba prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą

6. Oświadczenie wymagane od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

***Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.***\* (\* 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).

10. Termin wykonania zadnia: od dnia podpisania umowy do 15.12.2025 r.

1. **Dane szczegółowe :**

**1)Cena:**

Kwota za 1 godzinę wsparcia brutto:……………………………………..

a)110 liczba godzin wsparcia x ............ zł( kwota brutto za 1 godzinę usługi) = ................................. zł

słownie : ..........................................................................................................

**2)Kryterium Doświadczenie (D) – waga max. 40 pkt. -** Kryterium Doświadczenie (D) **–-** doświadczenie (w świadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych przez terapeutę), będzie oceniane na podstawie wykazu osób skierowanych do realizacji zadania /usług. Liczba miesięcy dotyczy osoby świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze, a nie Wykonawcy jako osoby prawnej. Zamawiający przyzna punktację osobie posiadającej doświadczenie w świadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.(zakreślić znakiem „X” odpowiedni kwadrat, lub podkreślić)

□ 3 m-ce – 1 roku

□ Od 1 roku+1 dzień do 2 lat

□ Od 2 lat+ 1 dzień do 3 lat

□ Od 3 lat + 1 dzień i więcej

……………………. ………………..

Miejscowość, data Podpis czytelny