**Załącznik nr 2 do SWZ – Wzór formularza ofertowego**

**Formularz ofertowy**

**Usługa polegająca na zorganizowaniu i zapewnieniu wsparcia Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej współfinansowanego ze środków
Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby**

**z niepełnosprawnościami”- edycja 2020-2021.**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi**

* 1. **Łódź, ul. Kilińskiego 102/102a**
1. **WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta zostaje złożona przez[[1]](#footnote-1):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(y) Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **DANE KONTAKTOWE WYKONAWCY**[[2]](#footnote-2)**:**

[wszelka korespondencja prowadzona będzie wyłącznie na nw. adres / faks / e-mail]

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba do kontaktów |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu  |  |
| Adres e-mail |  |

1. **OŚWIADCZENIA**

 **Ja(my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:**

* 1. zapoznałem(liśmy) się z SWZ (w tym ze wzorem umowy) i nie wnoszę(wnosimy) do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję(emy) warunki w nim zawarte;
	2. gwarantuję(emy) wykonanie niniejszego zamówienia zgodnie z treścią SWZ, wyjaśnieniami do SWZ oraz wprowadzonymi do niego zmianami;
	3. w przypadku uznania mojej(naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego;
	4. składam(y) niniejszą ofertę *[we własnym imieniu], / [jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia][[3]](#footnote-3);*
	5. nie uczestniczę(ymy) jako Wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenia niniejszego zamówienia;
	6. uważam(y) się za związanego(ych) niniejszą ofertą w terminie określonym
	w SWZ;
	7. akceptuję(emy) warunki płatności określone przez Zamawiającego we wzorze umowy;
	8. oświadczam(y), że wszystkie informacje podane w załączonych do oferty oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.
	9. oświadczam(y), że 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.
	10. zamierzam(y) powierzyć **podwykonawcom, na których zdolnościach wykonawca nie polega,** następujące części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Firma podwykonawcy** | **Część zamówienia** |
| 1 |  |  |

1. **Cena oferty – Wykonawca wypełnia dla jednej lub więcej części lub dla wszystkich części zamówienia**

**Dla części 1 - dla 3 dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba godzin****łącznie** | **Liczba miesięcy świadczenia usługi** | **Cena jednostkowa netto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Cena jednostkowa brutto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Wartość netto****w zł****(kol. 2 x kol. 4)** | **Podatek VAT****w zł** | **Wartość brutto****w zł****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1** | **Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej****(dla 3 dzieci do 16 roku życia)**(w wysokości nie większej niż 40 zł brutto za jedna godzinę zegarową zgodnie z wytycznymi Programu) | **90** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Do ceny oferty Wykonawca zobowiązany jest doliczyć wartości przewidziane w Programie dla poszczególnych pozycji wymienionych poniżej:** |
|  | **Wartość prewidywanych zakupów netto za****1 miesiąc** | **Wartość prewidywanych zakupów brutto za****1 miesiąc** | **Wartość netto** **(kol. 3 x kol. 4)** |  | **Wartość brutto** **(kol. 6 + kol. 7)** |
| **2** | **Zakup środków ochrony osobistej**(w wysokości nie większej niż 50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Koszt ubezpieczeń OC lub NNW związanych ze świadczeniem usługi asystenta**, (w wysokości nie większej niż 12,50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Zakup biletów komunikacji publicznej/prywatnej** jednorazowych lub miesięcznych oraz kosztu dojazdu własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą usług wymienionych w treści Programu (w wysokości nie większej niż 200 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne** itp. dla asystenta towarzyszącego osobie z niepełnosprawnością,(w wysokości nie większej niż 100,00 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** (suma wierszy od 1 do 5 dla poszczególnych kolumn) |  |  |  |

**Cena łączna mojej (naszej) oferty wynosi (kwoty należy podać cyfrowo i słownie):**

Cena oferty brutto (z VAT): ……………………..…………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość podatku VAT ………………………………………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość netto (bez podatku VAT):…………………………… PLN

(słownie złotych: ………………………………………………………………)

**Dla części 2 - dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba godzin****łącznie** | **Liczba miesięcy świadczenia usługi** | **Cena jednostkowa netto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Cena jednostkowa brutto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Wartość netto****w zł****(kol. 2 x kol. 4)** | **Podatek VAT****w zł** | **Wartość brutto****w zł****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1** | **Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej****(dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności)** (w wysokości nie większej niż 40 zł brutto za jedna godzinę zegarową zgodnie z wytycznymi Programu) | **120** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Do ceny oferty Wykonawca zobowiązany jest doliczyć wartości przewidziane w Programie dla poszczególnych pozycji wymienionych poniżej:** |
|  | **Wartość prewidywanych zakupów netto za****1 miesiąc** | **Wartość prewidywanych zakupów brutto za****1 miesiąc** | **Wartość netto** **(kol. 3 x kol. 4)** |  | **Wartość brutto** **(kol. 6 + kol. 7)** |
| **2** | **Zakup środków ochrony osobistej**(w wysokości nie większej niż 50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Koszt ubezpieczeń OC lub NNW związanych ze świadczeniem usługi asystenta**, (w wysokości nie większej niż 12,50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Zakup biletów komunikacji publicznej/prywatnej** jednorazowych lub miesięcznych oraz kosztu dojazdu własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą usług wymienionych w treści Programu (w wysokości nie większej niż 200 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne** itp. dla asystenta towarzyszącego osobie z niepełnosprawnością,(w wysokości nie większej niż 100,00 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** (suma wierszy od 1 do 5 dla poszczególnych kolumn) |  |  |  |

**Cena łączna mojej (naszej) oferty wynosi (kwoty należy podać cyfrowo i słownie):**

Cena oferty brutto (z VAT): ……………………..…………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość podatku VAT ………………………………………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość netto (bez podatku VAT):…………………………… PLN

(słownie złotych: ………………………………………………………………)

**Dla części 3 - dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba godzin****łącznie** | **Liczba miesięcy świadczenia usługi** | **Cena jednostkowa netto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Cena jednostkowa brutto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Wartość netto****w zł****(kol. 2 x kol. 4)** | **Podatek VAT****w zł** | **Wartość brutto****w zł****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1** | **Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej****(dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności)** (w wysokości nie większej niż 40 zł brutto za jedna godzinę zegarową zgodnie z wytycznymi Programu) | **120** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Do ceny oferty Wykonawca zobowiązany jest doliczyć wartości przewidziane w Programie dla poszczególnych pozycji wymienionych poniżej:** |
|  | **Wartość prewidywanych zakupów netto za****1 miesiąc** | **Wartość prewidywanych zakupów brutto za****1 miesiąc** | **Wartość netto** **(kol. 3 x kol. 4)** |  | **Wartość brutto** **(kol. 6 + kol. 7)** |
| **2** | **Zakup środków ochrony osobistej**(w wysokości nie większej niż 50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Koszt ubezpieczeń OC lub NNW związanych ze świadczeniem usługi asystenta**, (w wysokości nie większej niż 12,50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Zakup biletów komunikacji publicznej/prywatnej** jednorazowych lub miesięcznych oraz kosztu dojazdu własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą usług wymienionych w treści Programu (w wysokości nie większej niż 200 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne** itp. dla asystenta towarzyszącego osobie z niepełnosprawnością,(w wysokości nie większej niż 100,00 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** (suma wierszy od 1 do 5 dla poszczególnych kolumn) |  |  |  |

**Cena łączna mojej (naszej) oferty wynosi (kwoty należy podać cyfrowo i słownie):**

Cena oferty brutto (z VAT): ……………………..…………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość podatku VAT ………………………………………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość netto (bez podatku VAT):…………………………… PLN

(słownie złotych: ………………………………………………………………)

**Dla części 4 - dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba godzin****łącznie** | **Liczba miesięcy świadczenia usługi** | **Cena jednostkowa netto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Cena jednostkowa brutto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Wartość netto****w zł****(kol. 2 x kol. 4)** | **Podatek VAT****w zł** | **Wartość brutto****w zł****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1** | **Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej****(dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności)** (w wysokości nie większej niż 40 zł brutto za jedna godzinę zegarową zgodnie z wytycznymi Programu) | **120** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Do ceny oferty Wykonawca zobowiązany jest doliczyć wartości przewidziane w Programie dla poszczególnych pozycji wymienionych poniżej:** |
|  | **Wartość prewidywanych zakupów netto za****1 miesiąc** | **Wartość prewidywanych zakupów brutto za****1 miesiąc** | **Wartość netto** **(kol. 3 x kol. 4)** |  | **Wartość brutto** **(kol. 6 + kol. 7)** |
| **2** | **Zakup środków ochrony osobistej**(w wysokości nie większej niż 50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Koszt ubezpieczeń OC lub NNW związanych ze świadczeniem usługi asystenta**, (w wysokości nie większej niż 12,50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Zakup biletów komunikacji publicznej/prywatnej** jednorazowych lub miesięcznych oraz kosztu dojazdu własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą usług wymienionych w treści Programu (w wysokości nie większej niż 200 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne** itp. dla asystenta towarzyszącego osobie z niepełnosprawnością,(w wysokości nie większej niż 100,00 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** (suma wierszy od 1 do 5 dla poszczególnych kolumn) |  |  |  |

**Cena łączna mojej (naszej) oferty wynosi (kwoty należy podać cyfrowo i słownie):**

Cena oferty brutto (z VAT): ……………………..…………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość podatku VAT ………………………………………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość netto (bez podatku VAT):…………………………… PLN

(słownie złotych: ………………………………………………………………)

**Dla części 5 - dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba godzin****łącznie** | **Liczba miesięcy świadczenia usługi** | **Cena jednostkowa netto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Cena jednostkowa brutto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Wartość netto****w zł****(kol. 2 x kol. 4)** | **Podatek VAT****w zł** | **Wartość brutto****w zł****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1** | **Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej****(dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności)** (w wysokości nie większej niż 40 zł brutto za jedna godzinę zegarową zgodnie z wytycznymi Programu) | **120** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Do ceny oferty Wykonawca zobowiązany jest doliczyć wartości przewidziane w Programie dla poszczególnych pozycji wymienionych poniżej:** |
|  | **Wartość prewidywanych zakupów netto za****1 miesiąc** | **Wartość prewidywanych zakupów brutto za****1 miesiąc** | **Wartość netto** **(kol. 3 x kol. 4)** |  | **Wartość brutto** **(kol. 6 + kol. 7)** |
| **2** | **Zakup środków ochrony osobistej**(w wysokości nie większej niż 50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Koszt ubezpieczeń OC lub NNW związanych ze świadczeniem usługi asystenta**, (w wysokości nie większej niż 12,50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Zakup biletów komunikacji publicznej/prywatnej** jednorazowych lub miesięcznych oraz kosztu dojazdu własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą usług wymienionych w treści Programu (w wysokości nie większej niż 200 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne** itp. dla asystenta towarzyszącego osobie z niepełnosprawnością,(w wysokości nie większej niż 100,00 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** (suma wierszy od 1 do 5 dla poszczególnych kolumn) |  |  |  |

**Cena łączna mojej (naszej) oferty wynosi (kwoty należy podać cyfrowo i słownie):**

Cena oferty brutto (z VAT): ……………………..…………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość podatku VAT ………………………………………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość netto (bez podatku VAT):…………………………… PLN

(słownie złotych: ………………………………………………………………)

**Dla części 6 - dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba godzin****łącznie** | **Liczba miesięcy świadczenia usługi** | **Cena jednostkowa netto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Cena jednostkowa brutto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Wartość netto****w zł****(kol. 2 x kol. 4)** | **Podatek VAT****w zł** | **Wartość brutto****w zł****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1** | **Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej****(dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności)** (w wysokości nie większej niż 40 zł brutto za jedna godzinę zegarową zgodnie z wytycznymi Programu) | **120** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Do ceny oferty Wykonawca zobowiązany jest doliczyć wartości przewidziane w Programie dla poszczególnych pozycji wymienionych poniżej:** |
|  | **Wartość prewidywanych zakupów netto za****1 miesiąc** | **Wartość prewidywanych zakupów brutto za****1 miesiąc** | **Wartość netto** **(kol. 3 x kol. 4)** |  | **Wartość brutto** **(kol. 6 + kol. 7)** |
| **2** | **Zakup środków ochrony osobistej**(w wysokości nie większej niż 50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Koszt ubezpieczeń OC lub NNW związanych ze świadczeniem usługi asystenta**, (w wysokości nie większej niż 12,50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Zakup biletów komunikacji publicznej/prywatnej** jednorazowych lub miesięcznych oraz kosztu dojazdu własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą usług wymienionych w treści Programu (w wysokości nie większej niż 200 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne** itp. dla asystenta towarzyszącego osobie z niepełnosprawnością,(w wysokości nie większej niż 100,00 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** (suma wierszy od 1 do 5 dla poszczególnych kolumn) |  |  |  |

**Cena łączna mojej (naszej) oferty wynosi (kwoty należy podać cyfrowo i słownie):**

Cena oferty brutto (z VAT): ……………………..…………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość podatku VAT ………………………………………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość netto (bez podatku VAT):…………………………… PLN

(słownie złotych: ………………………………………………………………)

**Dla części 7 - dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba godzin****łącznie** | **Liczba miesięcy świadczenia usługi** | **Cena jednostkowa netto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Cena jednostkowa brutto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Wartość netto****w zł****(kol. 2 x kol. 4)** | **Podatek VAT****w zł** | **Wartość brutto****w zł****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1** | **Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej****(dla 2 osób o znacznym stopniu niepełnosprawności)** (w wysokości nie większej niż 40 zł brutto za jedna godzinę zegarową zgodnie z wytycznymi Programu) | **120** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Do ceny oferty Wykonawca zobowiązany jest doliczyć wartości przewidziane w Programie dla poszczególnych pozycji wymienionych poniżej:** |
|  | **Wartość prewidywanych zakupów netto za****1 miesiąc** | **Wartość prewidywanych zakupów brutto za****1 miesiąc** | **Wartość netto** **(kol. 3 x kol. 4)** |  | **Wartość brutto** **(kol. 6 + kol. 7)** |
| **2** | **Zakup środków ochrony osobistej**(w wysokości nie większej niż 50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Koszt ubezpieczeń OC lub NNW związanych ze świadczeniem usługi asystenta**, (w wysokości nie większej niż 12,50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Zakup biletów komunikacji publicznej/prywatnej** jednorazowych lub miesięcznych oraz kosztu dojazdu własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą usług wymienionych w treści Programu (w wysokości nie większej niż 200 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne** itp. dla asystenta towarzyszącego osobie z niepełnosprawnością,(w wysokości nie większej niż 100,00 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** (suma wierszy od 1 do 5 dla poszczególnych kolumn) |  |  |  |

**Cena łączna mojej (naszej) oferty wynosi (kwoty należy podać cyfrowo i słownie):**

Cena oferty brutto (z VAT): ……………………..…………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość podatku VAT ………………………………………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość netto (bez podatku VAT):…………………………… PLN

(słownie złotych: ………………………………………………………………)

**Dla części 8 - dla 2 osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba godzin****łącznie** | **Liczba miesięcy świadczenia usługi** | **Cena jednostkowa netto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Cena jednostkowa brutto za****1 godz. zegarową usługi asystenta** | **Wartość netto****w zł****(kol. 2 x kol. 4)** | **Podatek VAT****w zł** | **Wartość brutto****w zł****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **1** | **Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej****(dla 2 osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności)** (w wysokości nie większej niż 40 zł brutto za jedna godzinę zegarową zgodnie z wytycznymi Programu) | **120** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Do ceny oferty Wykonawca zobowiązany jest doliczyć wartości przewidziane w Programie dla poszczególnych pozycji wymienionych poniżej:** |
|  | **Wartość prewidywanych zakupów netto za****1 miesiąc** | **Wartość prewidywanych zakupów brutto za****1 miesiąc** | **Wartość netto** **(kol. 3 x kol. 4)** |  | **Wartość brutto** **(kol. 6 + kol. 7)** |
| **2** | **Zakup środków ochrony osobistej**(w wysokości nie większej niż 50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Koszt ubezpieczeń OC lub NNW związanych ze świadczeniem usługi asystenta**, (w wysokości nie większej niż 12,50 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Zakup biletów komunikacji publicznej/prywatnej** jednorazowych lub miesięcznych oraz kosztu dojazdu własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą usług wymienionych w treści Programu (w wysokości nie większej niż 200 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Zakup biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne** itp. dla asystenta towarzyszącego osobie z niepełnosprawnością,(w wysokości nie większej niż 100,00 zł brutto miesięcznie zgodnie z wytycznymi Programu) | **X** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** (suma wierszy od 1 do 5 dla poszczególnych kolumn) |  |  |  |

**Cena łączna mojej (naszej) oferty wynosi (kwoty należy podać cyfrowo i słownie):**

Cena oferty brutto (z VAT): ……………………..…………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość podatku VAT ………………………………………… PLN

(słownie złotych: …………………………………………………………..…)

Wartość netto (bez podatku VAT):…………………………… PLN

(słownie złotych: ………………………………………………………………)

1. **Kryterium oceny ofert „Doświadczenie asystenta”**

**Dla części 1**

**Asystent nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium „Doświadczenie asystenta”** | **Zamawiający wymaga zaznaczenia w formie znaku „X” jednej z poniższych pozycji:** |
| 1. |  **do 6 miesięcy (łącznie z posiadaniem odpowiedniego wykształcenia, o którym mowa w pkt. 8 SWZ- Informacje o warunkach udziału w postępowaniu** **o udzieleniu zamówienia)** |  |
| 2. | **powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy** |  |
| 3. | **powyżej 12 miesięcy** |  |

**Asystent nr 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium „Doświadczenie asystenta”** | **Zamawiający wymaga zaznaczenia w formie znaku „X” jednej z poniższych pozycji:** |
| 1. |  **do 6 miesięcy** **(łącznie z posiadaniem odpowiedniego wykształcenia, o którym mowa w pkt. 8 SWZ- Informacje o warunkach udziału w postępowaniu** **o udzieleniu zamówienia)** |  |
| 2. | **powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy** |  |
| 3. | **powyżej 12 miesięcy** |  |

**Dla części 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium „Doświadczenie asystenta”** | **Zamawiający wymaga zaznaczenia w formie znaku „X” jednej z poniższych pozycji:** |
| 1. |  **do 6 miesięcy** **(łącznie z posiadaniem odpowiedniego wykształcenia, o którym mowa w pkt. 8 SWZ- Informacje o warunkach udziału w postępowaniu** **o udzieleniu zamówienia)** |  |
| 2. | **powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy** |  |
| 3. | **powyżej 12 miesięcy** |  |

**Dla części 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium „Doświadczenie asystenta”** | **Zamawiający wymaga zaznaczenia w formie znaku „X” jednej z poniższych pozycji:** |
| 1. |  **do 6 miesięcy** **(łącznie z posiadaniem odpowiedniego wykształcenia, o którym mowa w pkt. 8 SWZ- Informacje o warunkach udziału w postępowaniu** **o udzieleniu zamówienia)** |  |
| 2. | **powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy** |  |
| 3. | **powyżej 12 miesięcy** |  |

**Dla części 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium „Doświadczenie asystenta”** | **Zamawiający wymaga zaznaczenia w formie znaku „X” jednej z poniższych pozycji:** |
| 1. |  **do 6 miesięcy** **(łącznie z posiadaniem odpowiedniego wykształcenia, o którym mowa w pkt. 8 SWZ- Informacje o warunkach udziału w postępowaniu** **o udzieleniu zamówienia)** |  |
| 2. | **powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy** |  |
| 3. | **powyżej 12 miesięcy** |  |

**Dla części 5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium „Doświadczenie asystenta”** | **Zamawiający wymaga zaznaczenia w formie znaku „X” jednej z poniższych pozycji:** |
| 1. |  **do 6 miesięcy** **(łącznie z posiadaniem odpowiedniego wykształcenia, o którym mowa w pkt. 8 SWZ- Informacje o warunkach udziału w postępowaniu** **o udzieleniu zamówienia)** |  |
| 2. | **powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy** |  |
| 3. | **powyżej 12 miesięcy** |  |

**Dla części 6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium „Doświadczenie asystenta”** | **Zamawiający wymaga zaznaczenia w formie znaku „X” jednej z poniższych pozycji:** |
| 1. |  **do 6 miesięcy** **(łącznie z posiadaniem odpowiedniego wykształcenia, o którym mowa w pkt. 8 SWZ- Informacje o warunkach udziału w postępowaniu** **o udzieleniu zamówienia)** |  |
| 2. | **powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy** |  |
| 3. | **powyżej 12 miesięcy** |  |

**Dla części 7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium „Doświadczenie asystenta”** | **Zamawiający wymaga zaznaczenia w formie znaku „X” jednej z poniższych pozycji:** |
| 1. |  **do 6 miesięcy** **(łącznie z posiadaniem odpowiedniego wykształcenia, o którym mowa w pkt. 8 SWZ- Informacje o warunkach udziału w postępowaniu** **o udzieleniu zamówienia)** |  |
| 2. | **powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy** |  |
| 3. | **powyżej 12 miesięcy** |  |

**Dla części 8**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium „Doświadczenie asystenta”** | **Zamawiający wymaga zaznaczenia w formie znaku „X” jednej z poniższych pozycji:** |
| 1. |  **do 6 miesięcy** **(łącznie z posiadaniem odpowiedniego wykształcenia, o którym mowa w pkt. 8 SWZ- Informacje o warunkach udziału w postępowaniu** **o udzieleniu zamówienia)** |  |
| 2. | **powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy** |  |
| 3. | **powyżej 12 miesięcy** |  |

**Uwaga:**

**W przypadku, kiedy Wykonawca nie zaznaczy żadnej pozycji lub zaznaczy więcej niż jedną w kryterium „Doświadczenie asystenta” Zamawiający przyjmie, że Wykonawca dysponuje osobą posiadająca minimalne doświadczenie tj. 6 miesięcy, a oferta Wykonawcy w tym kryterium otrzyma
0 pkt.**

1. **Informacja o powstaniu obowiązku podatkowego**

Oświadczamy, że wybór mojej (naszej) oferty będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego na podstawie mechanizmu podzielonej płatności
w odniesieniu do następujących towarów lub usług:

* ***NIE***
* ***TAK***

…………………………………………………………………………………....

 *nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie*

 *będzie prowadzić do jego powstania*

o wartości ……………………………………….. PLN bez kwoty podatku VAT,
kwota i stawka podatku od towarów lub usług wynosi ………….. PLN, ……%

***Uwaga:***

*Wykonawca składając ofertę informuje Zamawiającego, czy wybór jego oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego (tzw. mechanizm podzielonej płatności) zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (zgodnie z art. 105a ustawy o podatku od towarów i usług tj. Dz. U. 2020 poz. 106).*

1. **POZOSTAŁE DANE WYKONAWCY/WYKONAWCÓW\***

**Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?**

1. TAK
2. NIE

**Uwaga:**

\*zaznaczyć odpowiednie.

**Przez Mikroprzedsiębiorstwo rozumie się:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**.

**Przez Małe przedsiębiorstwo rozumie się:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR**.

**Przez Średnie przedsiębiorstwa rozumie się: 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.**

1. Na podstawie art. 127 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Pzp) wskazuję nazwę i numer postępowania (oznaczenie sprawy)
o udzielenie zamówienia publicznego oraz podmiotowe środki dowodowe, które znajdują się w posiadaniu Zamawiającego, w szczególności oświadczenia lub dokumenty, o których mowa w § 6 - 9 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy
i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, przechowywane przez Zamawiającego zgodnie
z art. 78 ust. 1 ustawy Pzp, w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa
w art. 273 ust. 1 ustawy Pzp i potwierdzam ich prawidłowość i aktualność.

(należy wypełnić, jeżeli oświadczenia lub dokumenty, o których mowa w § 6-9 *Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy,* znajdują się w posiadaniu Zamawiającego, w szczególności oświadczenia lub dokumenty przechowywane przez zamawiającego zgodnie
z art. 78 ust. 1 Pzp)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa postępowania** | **Numer postępowania** (oznaczenie sprawy, do której dokumenty zostały dołączone) | **Rodzaj oświadczeń lub dokumentów (***znajdujących się w posiadaniu zamawiającego).* **[[4]](#footnote-4)** |
|  |  |  |

1. **Adres skrzynki ePUAP Wykonawcy, na którym prowadzona będzie korespondencja związana z postępowaniem: ……………………………………**
2. **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW I DOKUMENTÓW PRZEDSTAWIANYCH W OFERCIE PRZEZ WYKONAWCĘ(ÓW):**

……………..……………………………..…………. str. nr …….

|  |  |
| --- | --- |
| ……………… | …………………………………….. |
| **Miejscowość / Data** | **Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)** |
|  |  |

1. Wykonawca modeluje tabelę powyżej w zależności od swego składu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia wskazują dane pełnomocnika (lidera),
z którym prowadzona będzie wszelka korespondencja. [↑](#footnote-ref-2)
3. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. Oświadczenia lub dokumenty, o których mowa w § 6 - 9 *Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia
23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy* (Dz. U. poz. 2415), które znajdują się w posiadaniu Zamawiającego, w szczególności oświadczenia lub dokumenty przechowywane przez Zamawiającego zgodnie z art. 78 ust. 1 ustawy Pzp, w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 273 ust. 1 ustawy Pzp. [↑](#footnote-ref-4)