Załącznik nr 1 do SWZ

**Zamawiający**

**Ośrodek Pomocy Społecznej w Żabnie, ul. Świętego Jana 3a, 33-240 Żabno**

**FORMULARZ OFERTY**

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 ewentualną korespondencję)

**FORMULARZ OFERTOWY**

Składając ofertę w postępowaniu (znak sprawy: I - 271-2/24) zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z następującymi warunkami:

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w swz:
2. **Oferuję wykonanie zamówienia za następującą cenę ryczałtową:[[1]](#footnote-1)**

**Część I- Zajęcia z neurologopedą**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części zamówienia** | **Rodzaj zajęć**  **oraz osoba prowadząca zajęcia[[2]](#footnote-2)** | **Maksymalna liczba godzin** | **Cena jednostkowa brutto  w zł/godz.** | **Kwota brutto**  **w zł  (kol. 3 x kol. 4)** | **Dodatkowe doświadczenie zawodowe osoby prowadzącej zajęcia (liczba lat)[[3]](#footnote-3)** | **Dodatkowe kwalifikacje zawodowe osoby prowadzącej zajęcia (ilość ukończonych studiów podyplomowych/ kursów/szkoleń)[[4]](#footnote-4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
|  | Zajęcia z neurologopedą  ……………………………………  *(Imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia)* | 480 | ……………. | ………………. | …………….… | a) – TAK / NIE  b) – TAK / NIE  c) – TAK / NIE  d) – TAK / NIE  e) – TAK / NIE  f) – TAK / NIE |

W kolumnie nr 7 zależy uzupełnić informacje o ukończonych kursach/ szkoleniach/ studiach podyplomowych poprzez wskazanie danych i informacji taki jak data, podmiot realizujący, nazwa kursu/szkolenia/studiów, które umożliwią ocenę ofert w ramach kryteriów oceny ofert.

1. Studia podyplomowe z zakresu terapii pedagogicznej
2. Kurs/ szkolenie w zakresu komunikacji wspomagającej i alternatywnej
3. Kurs/szkolenie z zakresu kinezjologii edukacyjnej Dennisona
4. Kurs/szkolenie z Kinesiotapingu w logopedii
5. Kurs/szkolenie dla dziecka z opóźnieniem mowy
6. Kurs/szkolenie Elektrostymulacja w logopedii

**Część II- Zajęcia z logopedą**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części zamówienia** | **Rodzaj zajęć**  **oraz osoba prowadząca zajęcia[[5]](#footnote-5)** | **Maksymalna liczba godzin** | **Cena jednostkowa brutto  w zł/godz.** | **Kwota brutto**  **w zł  (kol. 3 x kol. 4)** | **Dodatkowe doświadczenie zawodowe osoby prowadzącej zajęcia (liczba lat)[[6]](#footnote-6)** | **Dodatkowe kwalifikacje zawodowe osoby prowadzącej zajęcia (ilość ukończonych studiów podyplomowych/ kursów/szkoleń)[[7]](#footnote-7)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
|  | Zajęcia z logopedą  ……………………  *(Imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia)* | 160 | …… | ………………. | …………….… | a) – TAK / NIE  b) – TAK / NIE  c) – TAK / NIE  d) – TAK / NIE  e) – TAK / NIE  f) – TAK / NIE |

W kolumnie nr 7 zależy uzupełnić informacje o ukończonych kursach/ szkoleniach/ studiach podyplomowych poprzez wskazanie danych i informacji taki jak data, podmiot realizujący, nazwa kursu/szkolenia/studiów, które umożliwią ocenę ofert w ramach kryteriów oceny ofert.

1. Studia podyplomowe z zakresu terapii pedagogicznej
2. Kurs/ szkolenie w zakresu komunikacji wspomagającej i alternatywnej
3. Kurs/szkolenie z zakresu kinezjologii edukacyjnej Dennisona
4. Kurs/szkolenie z Kinesiotapingu w logopedii
5. Kurs/szkolenie dla dziecka z opóźnieniem mowy
6. Kurs/szkolenie Elektrostymulacja w logopedii
7. **OŚWIADCZAMY**, że podana wyżej ceny i oprocentowania obejmują wszystkie koszty Wykonawcy i obowiązuje w całym okresie realizacji zamówienia.
8. W cenie zawarto wszystkie koszty związane z pełnym i prawidłowym wykonaniem przedmiotu zamówienia. Stosownie do art.225 ust. 2 ustawy pzp oświadczamy, że wybór naszej oferty:

|  |
| --- |
| □ **nie będzie \*\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług |
| □ **będzie \*\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.  jednocześnie wskazujemy:  nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania  …………………………………………………………………….….………….  wraz z określeniem ich wartości bez kwoty podatku…………………………………….  Stawka podatku od towarów i usług, która zgodne z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie: …………% |
| (**\*\*** Należy zaznaczyć właściwe pole i ewentualnie wskazać wymagane informacje (należy zapoznać się z w/w ustawą o podatku od towarów i usług,; obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego nie będzie w przypadku, gdy obowiązek rozliczenia podatku VAT będzie po stronie Wykonawcy).) |

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z zapisami swz i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
2. Oświadczamy, że specjalistyczne usługi opiekuńcze będą wykonywane zgodnie z treścią znowelizowanego Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich tzw. ustawa „Kamilkowa”.
3. Oświadczamy, że osoby, które będą wykonywać przedmiot zamówienia nie figurują w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym prowadzonym na podstawie ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym
4. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania przedmiotu zamówienia w terminie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
5. **AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
6. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
7. Nazwy podmiotów, na których zasoby na podstawie art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019r. prawo zamówień publicznych powołuje się Wykonawca, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w pkt 8.1 SWZ (*jeśli dotyczy*):

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

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego 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 RODOtreści oświadczenia **wykonawca nie składa - treść powyższego zapisu proszę wykreślić.**

1. **JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM**, że podmiot który reprezentuję:

Jest\* (zaznaczyć właściwe jeżeli dotyczy)

 mikro przedsiębiorstwem

 małym przedsiębiorstwem

średnim przedsiębiorstwem

 jednoosobowa działalność gospodarcza

 osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej

 inny rodzaj

*\* zaznaczyć właściwe*

1. Informacja dotycząca tajemnicy przedsiębiorstwa\*:

Informacje w plikach o nazwie: ……………… stanowiące załączniki do niniejszej oferty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

1. Osobą do kontaktu ze strony Wykonawcy jest: …………….. tel. ………………………, mail: ……………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis osobisty*

*lub podpis zaufany Wykonawcy/Wykonawców)*

*Przez podpis należy rozumieć: podpis kwalifikowany lub podpis osobisty lub podpis zaufany*

**\* niepotrzebne skreślić**

***Informacja dla wykonawcy:***

*Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy).*

1. Wypełnienie tabeli cenowej zawartej w niniejszym punkcie formularza ofertowego oznacza, że Wykonawca składa ofertę na daną część zamówienia, do której tabela się odnosi. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy **obligatoryjnie uzupełnić imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia w danej części zamówienia**. Nie uzupełnienie wymaganych danych spowoduje odrzucenie oferty złożonej w danej części zamówienia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wskazać **Dodatkowe doświadczenie zawodowe** - wykazywane na potrzeby kryterium oceny ofert,   
   o którym mowa w pkt 17.3 SWZ. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wskazać **dodatkowe kwalifikacje zawodowe** (jeśli dotyczy) - tj. kwalifikacje zawodowe wykazywane na potrzeby kryterium oceny ofert. Dodatkowe kwalifikacje zawodowe osoby prowadzącej zajęcia stanowi kryterium oceny ofert, o którym mowa w 17.4 SWZ [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy **obligatoryjnie uzupełnić imię i nazwisko osoby prowadzącej zajęcia w danej części zamówienia**. Nie uzupełnienie wymaganych danych spowoduje odrzucenie oferty złożonej w danej części zamówienia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy wskazać **Dodatkowe doświadczenie zawodowe** - wykazywane na potrzeby kryterium oceny ofert,   
   o którym mowa w pkt 17.3 SWZ. [↑](#footnote-ref-6)
7. Należy wskazać **dodatkowe kwalifikacje zawodowe** (jeśli dotyczy) - tj. kwalifikacje zawodowe wykazywane na potrzeby kryterium oceny ofert. Dodatkowe kwalifikacje zawodowe osoby prowadzącej zajęcia stanowi kryterium oceny ofert, o którym mowa w pkt 17.4 SWZ [↑](#footnote-ref-7)