*Załącznik Nr 1*

*do SWZ*

**FORMULARZ OFERTOWY**

*ZAMAWIAJĄCY:*

**Miejski Ośrodek**

**Pomocy Społecznej**

**w Inowrocławiu**

**ul. Św. Ducha 90**

**88-100 Inowrocław**

Dotyczy postępowania pn.:

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2023 r.”**

**I Dane Wykonawcy**:

1. Pełna nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………….…………………………………………….

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

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

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

3. Osoba wyznaczona przez Wykonawcę do kontaktów z Zamawiającym:

……………………………………………………………………………… tel. ………..…… e-mail: ………………………………………..

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i określonymi w SWZ warunkami, z uwzględnieniem wzoru projektowanych postanowień umowy, stanowiącym załącznik do SWZ:

**za cenę BRUTTO**.....................................................................................................................zł

słownie złotych: ..........................................................................................................................

**Cena została wyliczona w następujący sposób:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szacunkowa maksymalna liczba godzin usług** | **Cena jednostkowa brutto za 1 godz. świadczenia usługi w[zł]** | **Cena brutto oferty w [zł]****(kolumna 1 x kolumna 2)** |
| *1* | *2* | *3* |
| 5069 |  |  |

**Tabela nr 2**

**Wykaz doświadczenia personelu świadczącego specjalistyczne usługi opiekuńcze:**

Osoby te muszą być ujęte w Wykazie osób, które będą wykonywać zamówienie-Załącznik nr 6 do SWZ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  | **Doświadczenie (w latach)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Wraz z ofertą należy złożyć przedmiotowe środki dowodowe potwierdzające doświadczenie.**

1. **Oświadczamy, że:**
2. składając ofertę w ww. postępowaniu o udzielenie zamówienia na usługi społeczne oświadczamy, że dysponujemy na czas realizacji przedmiotu zamówienia gabinetem/zakładem terapii usytuowanym na terenie miasta Inowrocławia, który jest odpowiednio wyposażony do świadczenia przedmiotowych usług specjalistycznych

Nazwa i adres zakładu: **……………………………………………………..………………………………………………..**

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

1. zamówienie zostanie zrealizowane na warunkach zamówienia określonych w SWZ;
2. w cenie oferty brutto zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, w tym wszystkie koszty towarzyszące, jak i wszelkie inne składki, opłaty i podatki, które mogą wystąpić przy realizacji przedmiotu zamówienia oraz inne niezbędne do zrealizowania zamówienia z należytą starannością i zgodnie z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w SWZ;
3. cena jednostkowa brutto nie ulegnie zmianie w trakcie trwania umowy;
4. akceptujemy postanowienia zawarte we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 3 do SWZ i w przypadku wyboru naszej ofert zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach przedstawionych w SWZ i we wzorze umowy, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego;
5. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert, tj. do 06.01.2023 r.
6. wypełniłem/łam 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. Zapoznałem się z instrukcją dotyczącą RODO w dokumentach zamówienia – SWZ – zawarte w Dziale B, rozdział I.
7. Oświadczam/y, że wszystkie informacje zamieszczone w ofercie i załącznikach do oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu tych informacji.
8. Oferta zawiera ............ kolejno ponumerowanych stron.
9. Załącznikami do niniejszej oferty są:
10. …………………………………
11. …………………………………
12. …………………………………

................................, dnia ................................ ……..............................................................

 (podpis elektroniczny Wykonawcy/Pełnomocnika)

**-----------------------------**

**\*** *niepotrzebne skreślić*

**Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej, opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym – zgodnie ze wskazówkami w SWZ w rozdziale XII.**