

***Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego***

**FORMULARZ OFERTOWY**

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

  / dane Wykonawcy/

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu o udzielenie zamówienia   
prowadzonego w trybie art. 138o PZP na **zapewnienie i prowadzenie Otwartych Punktów Integracji (OPI) w trzech gospodarstwach opiekuńczych na terenie powiatu tucholskiego oraz zapewnienie i prowadzenie mieszkania treningowego (MT) w jednym z gospodarstw opiekuńczych - postępowanie objęte dofinansowaniem w ramach projektu „Samodzielnie (nie samemu) - wspieranie osób z niepełnosprawnością w powiecie tucholskim“ finansowanego ze środków UE w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój** oferuję wykonanie zamówienia za cenę brutto wynoszącą:

**CZĘŚĆ NR I:**

Termin realizacji zamówienia: od 16.12.2019 r. do 31.05.2022r.

Kwota za miesiąc funkcjonowania OPI dla 5 osób - ............................. brutto /kwotę należy wyliczyć następująco: kwota dzienna funkcjonowania OPI za osobę x 5 osób x 21 dni/

Kwota za całość funkcjonowania OPI w okresie realizacji zamówienia - ........................... brutto /kwota za miesiąc funkcjonowania OPI dla 5 osób x 29,5 miesięcy funkcjonowania OPI/

słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………................

Oferuję zapewnienie Otwartego Punktu Integracji w .......................................................…………………………  
………………...…………………………………………………………………………………………........./należy podać adres i gminę/

**Odległość od ww. miejsca prowadzenia OPI do najbliższego miejsca rehabilitacji społecznej lub zawodowej funkcjonującego na terenie powiatu tucholskiego (WTZ, ZAZ, ŚDS)**: .......................................... */należy podać liczbę kilometrów oraz miejsce do którego liczona jest wskazywana przez Wykonawcę odległość WTZ, ZAZ czy ŚDS/*

**Kwalifikacje personelu:** Kierownik OPI i/lub opiekun-instruktor:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Pełniona funkcja przy realizacji zamówienia | Rodzaj posiadanego wykształcenia |
|  |  |  |  |

**Sposób zaangażowania personelu stałego OPI:**

Oświadczam, iż do realizacji zamówienia zaangażuję:

1. osobę bezrobotną na podstawie skierowania urzędu pracy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 z późn. zm.) lub na podstawie właściwego dokumentu kierującego bezrobotnych do pracodawcy, wystawionego przez organ zajmujący się realizacją zadań z zakresu rynku pracy, określony w analogicznych przepisach państwa członkowskiego UE lub EOG lub[[1]](#footnote-1)
2. osobę niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[[2]](#footnote-2) lub
3. osobę niewymienioną w kategoriach wskazanych wyżej, o której mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2016r. poz. 1828 z późn.zm.) lub we właściwych przepisach państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego.[[3]](#footnote-3)

**CZĘŚĆ NR II:**

Termin realizacji zamówienia: od 16.12.2019 r. do 31.05.2022 r.

Kwota za miesiąc funkcjonowania OPI dla 5 osób - ............................. brutto /kwotę należy wyliczyć następująco: kwota dzienna funkcjonowania OPI za osobę x 5 osób x 21 dni/

Kwota za całość funkcjonowania OPI w okresie realizacji zamówienia - ........................... brutto /kwota za miesiąc funkcjonowania OPI dla 5 osób x 29,5 miesięcy funkcjonowania OPI/

słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………................

Oferuję zapewnienie Otwartego Punktu Integracji w .......................................................…………………………  
………………...…………………………………………………………………………………………........./należy podać adres i gminę/

**Odległość od ww. miejsca prowadzenia OPI do najbliższego miejsca rehabilitacji społecznej lub zawodowej funkcjonującego na terenie powiatu tucholskiego (WTZ, ZAZ, ŚDS)**: .......................................... */należy podać liczbę kilometrów oraz miejsce do którego liczona jest wskazywana przez Wykonawcę odległość WTZ, ZAZ czy ŚDS/*

**Kwalifikacje personelu:** Kierownik OPI i/lub opiekun-instruktor:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Pełniona funkcja przy realizacji zamówienia | Rodzaj posiadanego wykształcenia |
|  |  |  |  |

**Sposób zaangażowania personelu stałego OPI:**

Oświadczam, iż do realizacji zamówienia zaangażuję:

1. osobę bezrobotną na podstawie skierowania urzędu pracy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 z późn. zm.) lub na podstawie właściwego dokumentu kierującego bezrobotnych do pracodawcy, wystawionego przez organ zajmujący się realizacją zadań z zakresu rynku pracy, określony w analogicznych przepisach państwa członkowskiego UE lub EOG lub[[4]](#footnote-4)
2. osobę niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[[5]](#footnote-5) lub
3. osobę niewymienioną w kategoriach wskazanych wyżej, o której mowa w ustawie   
   z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2016r. poz. 1828   
   z późn.zm.) lub we właściwych przepisach państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego.[[6]](#footnote-6)

**CZĘŚĆ NR III:**

**OPI:**

Termin realizacji zamówienia: od 16.12.2019 r. do 31.05.2022 r.

Kwota za miesiąc funkcjonowania OPI dla 5 osób - ............................. brutto /kwotę należy wyliczyć następująco: kwota dzienna funkcjonowania OPI za osobę x 5 osób x 21 dni/

Kwota za całość funkcjonowania OPI w okresie realizacji zamówienia - ........................... brutto /kwota za miesiąc funkcjonowania OPI dla 5 osób x 29,5 miesięcy funkcjonowania OPI/

słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………................

Oferuję zapewnienie Otwartego Punktu Integracji w .......................................................…………………………  
………………...…………………………………………………………………………………………........./należy podać adres i gminę/

**MT:**

Termin realizacji zamówienia: 01.01.2020r. do 31.05.2022r.

Kwota za miesiąc funkcjonowania MT dla 4 osób - ............................. brutto /kwotę należy wyliczyć następująco: kwota dzienna funkcjonowania MT za osobę x 4 osoby x 30 dni/

Kwota za całość funkcjonowania MT w okresie realizacji zamówienia - ........................... brutto /kwota za miesiąc funkcjonowania MT dla 4 osób x 29 miesięcy funkcjonowania MT/

słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………................

Oferuję zapewnienie Mieszkania Treningowego w OPI prowadzonym w ................................................................... /należy podać miejscowość/

**Łączna cena wykonania zamówienia (obejmująca prowadzenie OPI oraz MT w całym okresie realizacji zamówienia): .......................... brutto /kwota za miesiąc funkcjonowania OPI dla 5 osób x 29,5 miesięcy funkcjonowania oraz kwota za miesiąc funkcjonowania MT dla 4 osób x 29 miesięcy funkcjonowania MT/**

**Infrastruktura mieszkania treningowego:**

Liczba pomieszczeń :

Posiadanie przez oferowane Mieszkanie Treningowe 2 pokoi mieszkalnych 2-osobowych - TAK/NIE\*\*

Posiadanie przez oferowane Mieszkanie Treningowe 1 pokoju mieszkalnego 2-osobowego i 2 pokoi mieszkalnych 1-osobowych - TAK/NIE\*\*

Posiadanie przez oferowane Mieszkanie Treningowe 4 pokoi mieszkalnych 1-osobowych– TAK/NIE\*\*

**Kwalifikacje personelu:**

Kierownik OPI i/lub kierownik MT i/lub opiekun-instruktor i/lub opiekun-terapeuta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Pełniona funkcja przy realizacji zamówienia | Rodzaj posiadanego wykształcenia |
|  |  |  |  |

**Sposób zaangażowania personelu stałego OPI i MT:**

Oświadczam, iż do realizacji zamówienia zaangażuję:

1. osobę bezrobotną na podstawie skierowania urzędu pracy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 z późn. zm.) lub na podstawie właściwego dokumentu kierującego bezrobotnych do pracodawcy, wystawionego przez organ zajmujący się realizacją zadań z zakresu rynku pracy, określony w analogicznych przepisach państwa członkowskiego UE lub EOG lub[[7]](#footnote-7)
2. osobę niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[[8]](#footnote-8) lub
3. osobę niewymienioną w kategoriach wskazanych wyżej, o której mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2016r. poz. 1828 z późn.zm.) lub we właściwych przepisach państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego.[[9]](#footnote-9)
4. Oświadczam, iż **spełniam** określone w Zapytaniu ofertowym warunki udziału w postępowaniu.
5. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione **wszystkie koszty wykonania usługi** w zakresie określonym w treści zapytania ofertowego oraz załącznikach stanowiących jego integralną część.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[10]](#footnote-10) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
7. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia do realizacji mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy   
   na określonych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Oświadczam, iż poprzez złożenie oferty akceptuję wszystkie postanowienia zapytania ofertowego wraz z załącznikami.
9. Oświadczam, że zobowiązuję się - w przypadku wyboru mojej oferty - do przestawienia zamawiającemu najpóźniej w terminie 5 dni przed rozpoczęciem świadczenia usługi kopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje każdej zaangażowanej osoby odpowiednio do stanowiska tj.:

a) kierownik OPI/ kierownik MT- potwierdzenie ukończenia kursu opiekuna osób z niepełnosprawnością intelektualną, szkolenia BHP, szkolenia z zakresu sanitarno-epidemiologicznego,

b) opiekun-instruktor/ opiekun- terapeuta – potwierdzenie wykształcenia średniego, ukończenia kursu opiekuna osób niepełnosprawnych, kursu instruktora terapii zajęciowej, kursu pierwszej pomocy (lub wykształcenia obejmującego wskazane kursy)

w zakresie każdej z części zamówienia, na którą zostanie zawarta umowa w niniejszym postępowaniu.

………………………………………. ……………………………………….

*Miejscowość, data*  *Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-5)
6. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-6)
7. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-7)
8. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-8)
9. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-9)
10. 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).

    *\* 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. Wówczas należy usunąć treść powyższego oświadczenia poprzez jego przekreślenie.*

    *\*\*niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-10)