**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

…………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko / nazwa (firma) Wykonawcy

…………………………………………………………………………………………………

adres do korespondencji

…………………………………………………………………………………………………

adres e-mail, numer telefonu

…………………………………………………………………………………………………

NIP lub REGON lub PESEL

…………………………………………………………………………………………………

adres Elektronicznej Skrzynki Podawczej Wykonawcy,znajdującej się na platformie **ePUAP**

**Formularz ofertowy**

1. Nawiązując do Ogłoszenia o zamówieniu na usługi społeczne pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 – Pobyt dzienny,

**oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia - Zadanie nr ………….**

Cena brutto za **1 godzinę zegarową świadczenia usługi opieki wytchnieniowej:** ……… zł. (słownie brutto: ………….…………………………………………………………………… złotych).

Wskazana powyżej cena stanowi wynagrodzenie całkowite Wykonawcy i uwzględnia wszystkie koszty niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie, określonym w załączniku nr 2 do Specyfikacji Warunków Zamówienia, w tym koszty i składki przewidziane przepisami prawa (składki na ubezpieczenie społeczne, składkę zdrowotną, składki na Fundusz Pracy, składki na fundusz wypadkowy, podatek, wszelkie opłaty / wpłaty na PPK, wynikające z ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych).

1. Potwierdzam zgodność terminu realizacji ze SWZ.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze SWZ oraz wzorem umowy i nie wnoszę do zawartych w nich uregulowań żadnych zastrzeżeń, a w przypadku wygrania przetargu zobowiązuję się do zawarcia z Zamawiającym umowy w ustalonym terminie.
3. Oświadczenie – informacja o spełnieniu warunków kluczowych do realizacji zamówienia (Rozdział VIII, ust. 2 lit. a-d SWZ):

***Dotyczy Wykonawcy zamierzającego realizować zamówienie osobiście:***

Oświadczam, że posiadam:

* dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej / pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej;\*
* co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy / opieki osobom niepełnosprawnym (np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp);\*

*\* zakreślić X właściwe pozycje, jeśli dotyczy*

***Dotyczy Wykonawcy zamierzającego skierować do realizacji zamówienia inne osoby:***

Oświadczam, że osoby skierowane przez Wykonawcę do realizacji zamówienia posiadają niezbędne kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, ujęte szczegółowo w Wykazie osób stanowiącym **załącznik nr 5 do SWZ**;

1. Podwykonawstwo:

* Nie dotyczy
* Wypełnić poniższe, jeśli dotyczy

1. Nazwa podwykonawcy/podwykonawców …………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………… \*

*\*należy podać jeśli dane są znane na dzień złożenia oferty*

1. Zakres zamówienia planowany do realizacji przez Podwykonawcę ……………………

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

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

……………………………………… ………………………………………

*Miejsce i data Podpis / pieczęć Wykonawcy*