*Załącznik nr 1*

*do Rozeznania cenowego* pn „**Świadczenie usług**

**Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej -edycja 2023 ”** w ramach *Programu*

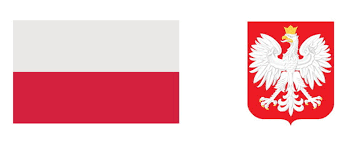
*Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Asystent osobisty osoby*

*niepełnosprawnej” – edycja 2023*

*przez Miejsko-Gminny Ośrodek*

*Pomocy Społecznej   
 w Żurominie*



**FORMULARZ OFERTOWY**

**Do Kierownika**

**Miejsko-Gminnego**

**Ośrodka Pomocy Społecznej   
 w Żurominie**

**I. Dane Wykonawcy:**

Imię i Nazwisko ...................................................................................................................................................

Adres zamieszkania.............................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………

numer telefonu: ..................................................................................................................................................

adres poczty e-mail.............................................................

**II. Cena oferty:**

Zgłaszam gotowość wykonania zamówienia na

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **„Świadczenie usług Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej -edycja 2023”** | | |
| **Cena jednostkowa za godzinę świadczenia usługi** **brutto w zł (w tym koszty pracodawcy jeśli dotyczy)** | **Liczba godzin świadczonej usługi w całym okresie realizacji usługi (IV-XI 2023r.)** | **Całkowita wartość brutto  w całym okresie realizacji zamówienia w zł** |
| **A** | **B** | **C= AxB** |
| …………………………………………… | **509 h** | ………………………… |

Koszt jednej godziny zegarowej wynagrodzenia asystenta za zrealizowaną usługę asystencji osobistej nie może przekroczyć **40 zł brutto wraz z kosztami pracy zatrudniającego[[1]](#footnote-1).**

**Całkowita wartość brutto w całym okresie realizacji zamówienia w zł ( z kolumny C) słownie:**

**……………………………………………………………………………………………………………………**

**III. Pozacenowe kryterium oceny ofert – doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaznaczyć właściwe** | **Doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym** |
| ……….. | min. 6 miesięcy |
| ……….. | powyżej 6 miesięcy do 2 lat |
| ……….. | Powyżej 2 lat |
|  |  |
|  |  |

**IV. Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z treścią Rozeznania cenowego i nie wnoszę zastrzeżeń oraz akceptuję warunki w nim określone.
2. Uzyskałem/am wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia.
3. Jestem związany niniejszą ofertą przez okres wskazany w Rozeznaniu cenowym.
4. Zobowiązuję się do wykonać zamówienie w terminie określonym w Rozeznaniu cenowym.
5. Oświadczam ,że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
6. Zamówienie będę realizować ( wpisać x w odpowiednie okienko):

samodzielnie

poprzez osobę wskazaną w załączniku Nr 10 Rozeznania cenowego

Załączniki do oferty:

**(wymienić jakie)**

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

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

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

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

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

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

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

...................................

podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej

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

(miejscowość)

1. Przez koszty pracy zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń (brutto) oraz składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, poniesionych przez zatrudniającego. [↑](#footnote-ref-1)