Załącznik Nr 1 do IWZ

#### FORMULARZ OFERTOWY

**Zamawiający:** Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

Jednostka Budżetowa Gminy Miasta Gdyni

81-265 Gdynia, ul. Grabowo 2

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na podstawie przepisów określonych w Dziale III, rozdział 6 „Zamówienia na usługi społeczne i inne szczególne usługi” ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm. ), zwanej dalej ustawą Pzp, zgodnie z art. 138o ustawy Pzp, w procedurze jak dla wartości zamówienia poniżej równowartości kwoty 750 000 euro, którego przedmiotem jest:

**Prowadzenie sesji psychoterapii indywidualnej dla osób z podwójna diagnozą, tj. uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych oraz z deficytami w zakresie funkcjonowania psychicznego.**

**Dane Wykonawcy:**

**Mały / Średni Przedsiębiorca**\*

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………*

*adres:……………………………………………………………………………………………………………………………..*

*województwo: …………………………………………………*

*NIP: ………………………………………………………… Regon: …………………………………………………………*

*Osoba odpowiedzialna za kontakt z Zamawiającym: ………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:*

*e-mail: …………………………………………………*

*numer telefonu:………………………………………*

*Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby): …………………………………………………………*

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

**Łączna cena ofertowa:**

* + 1. Niniejszym oferuję/-emy\* wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi IWZ, za prowadzenie sesji psychoterapii indywidualnej dla osób z podwójna diagnozą, tj. uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych oraz z deficytami w zakresie funkcjonowania: maksymalnie 289 sesji , maksymalna liczba klientów 9 osób.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przewidywana liczba  sesji | Cena jednostkowa brutto (PLN) sesja= 50 minut | Wartość brutto  (PLN) |
| 289 |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | |  |

**cena oferty brutto: ................................ zł** (słownie: ……………………………….)

w tym …….% podatek VAT w wysokości: ………………………………..zł

cena oferty netto: ……………………. zł (słownie: ……………………………….)

**Oświadczam/-my, że:**

* + 1. wskazana cena brutto obejmuje cały zakres zamówienia określonego przez Zamawiającego w IWZ, uwzględniają wszystkie wymagane opłaty i koszty niezbędne do zrealizowania całości przedmiotu zamówienia, bez względu na okoliczności i źródła ich pochodzenia;
    2. akceptuje/-my\* warunki zamówienia wskazane w treści IWZ oraz w projekcie umowy, stanowiącym załącznik nr 7 do IWZ;
    3. zapoznałem się / zapoznaliśmy się\* z IWZ i nie wnoszę / nie wnosimy\* do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem/zdobyliśmy\* konieczne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia;
    4. jestem/jesteśmy\* związany/związani\* złożona ofertą przez okres 30 dni – bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert;
    5. akceptuję/akceptujemy\* projekt umowy, stanowiący załącznik nr 7 do IWZ i we wskazanym przez Zamawiającego terminie zobowiązuje/zobowiązujemy się do podpisania umowy, na określonych w IWZ warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
    6. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego; ponadto w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 5-17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
    7. zostałem/zostaliśmy\* poinformowany/poinformowani\*, że mogę/możemy\* wydzielić z ofertą informuje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji jednocześnie wykazując, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa oraz zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania.

**Podwykonawcy** (wypełnić, jeżeli dotyczy)

Oświadczam/Oświadczamy\*, że zamówienie zrealizuje/zrealizujemy\* sam/sami\* /przy udziale podwykonawców\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia powierzona podwykonawcom | Nazwa firmy podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Spis treści**

Załącznikami do oferty są niżej wymienione dokumenty i oświadczenia, które należy rozumieć jako aktualne i wskazane przez ze mnie / przez nas\* w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia z postepowania:

1. ……………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………

Niniejsza oferta została złożona na …… kolejno ponumerowanych stronach

*\* niepotrzebne skreślić*

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik Nr 2 do IWZ

*Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………*

# **Oświadczenie Wykonawcy**

# **Dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

# 

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **prowadzenie sesji psychoterapii indywidualnej dla osób z podwójna diagnozą, tj. uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych oraz z deficytami w zakresie funkcjonowania psychicznego,** oświadczam/-my co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam/-my, że spełniam/-y warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 IWZ.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam/-my, że w celu wskazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych   
w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 IWZ polegam/-y na zasobach następującego/-ych podmiotu/-ów: ………….………………………………………………………………………………..………...…...……, w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………. ………………………………………..…………………………………………………………………........

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam/-my, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne   
z prawdą oraz zostały przedstawione z pełna świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 3 do IWZ

*Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………*

# **Oświadczenie Wykonawcy**

# **Dotyczące PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z postępowaniA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **prowadzenie sesji psychoterapii indywidualnej dla osób z podwójna diagnozą, tj. uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych oraz z deficytami w zakresie funkcjonowania psychicznego,** prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, oświadczam/-my co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

* + - 1. Oświadczam/-my, że nie podlegam/-my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12-22 ustawy Pzp;
      2. Oświadczam/-my, że nie podlegam/-my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust.5 pkt. 1 i 4 ustawy Pzp.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*(Nie wypełniać jeśli nie dotyczy)*

Oświadczam/-my, że zachodzą w stosunku do mnie / nas\* podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …..ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt. 13-14, 16-20 lub art. 24 ust.5 pkt.1 i 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam/-my, że w związku z ww. okolicznościami, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem/podjęliśmy następujące środki naprawcze:

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

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

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

*(Nie wypełniać jeśli nie dotyczy)*

Oświadczam/-my, że następujący/-e podmiot/-y, na którego/-ych zasoby powołuje/-my się w niniejszym postępowaniu tj.:

………………….……………………………………………………………………………………………. *(podać pełną nazwę /firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/ Pesel, KRS/CEiDG)*

nie podlega/-ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia .

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

*(Nie wypełniać jeśli nie dotyczy)*

Oświadczam/my, że następujący/-ce podmiot/-y, będący/-e podwykonawcą/-ami: …………………………... …………………………………………………………………………

*(podać pełną nazwę /firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/ Pesel, KRS/CEiDG)*

nie podlega/-ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia z art. 24 ust. 1 pkt. 13-22 , ust. 5 pkt. 1 i 4 ustawy Pzp.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam/-my, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne   
z prawdą oraz zostały przedstawione z pełna świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy*

Załącznik nr 4 do IWZ

**Wzór zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy**

**niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia**

***Uwaga!*** *Zamiast niniejszego dokumentu można przedstawić inne dokumenty, które określą w szczególności:*

* *zakres dostępnych Wykonawcy zasobów innego podmiotu,*
* *sposób wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez Wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia publicznego,*
* *zakres i okres udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego,*
* *czy podmiot, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu, dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą.*

Ja:

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

*(imię i nazwisko osoby /osób upoważnionej /-ych do reprezentowania podmiotu)*

działając w imieniu i na rzecz:

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

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

*(podać pełną nazwę /firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/ Pesel, KRS/CEiDG)*

zobowiązuje /-my się do oddania niżej wymienionych zasobów na potrzeby wykonania przedmiotu zamówienia:

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

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

*(określenie zasobu: zdolność techniczna lub zawodowa)*

do dyspozycji Wykonawcy:

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

*(nazwa Wykonawcy)*

w trakcie wykonywania zamówienia, którego przedmiotem jest udostępniam Wykonawcy ww. zasoby w następujący sposób:

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

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

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

* + - * 1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobówprowadzenie sesji psychoterapii indywidualnej dla osób z podwójna diagnozą, tj. uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych oraz z deficytami w zakresie funkcjonowania psychicznego, przez Wykonawcę przy wykonywaniu niniejszego zamówienia:

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

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

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

* + - * 1. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

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

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

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

* + - * 1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

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

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

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

*Data i czytelny podpis osoby/ osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania podmiotu*

*lub Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych do reprezentowania podmiotu*

Załącznik Nr 5 do IWZ

*(pieczęć firmowa)*

*Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………*

**WYKAZ OSÓB**

**SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **Prowadzenie sesji psychoterapii indywidualnej dla osób z podwójna diagnozą, tj. uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych oraz z deficytami w zakresie funkcjonowania psychicznego,** prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, poniżej przedstawiam/-my wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia publicznego w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, obejmujący co najmniej jedną osobę wymaganą w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 lit. c1 IWZ:

Tabela nr 1. Wykaz osób obejmujący co najmniej dwie osoby wymagane w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 lit. c1 IWZ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Wykształcenie | Kierunek ukończenia dodatkowych szkoleń | Doświadczenie zawodowe bezpośredniej w pracy  z klientem pomocy społecznej, szczególnie osobami uwikłanymi w przemoc w rodzinie, borykającymi się trudnościami w relacjach | | Doświadczenie zawodowe w prowadzeniu psychoterapii rodzin  (należy podać miejsce,  m-c, rok rozpoczęcia i m-c, rok ewentualnego zakończenia) | Informacje o podstawie dysponowania osobą  *(np. umowa o pracę, umowa zlecenie itp.)* |
| Należy podać:   * + - 1. Kierunek ukończonych studiów II stopnia       2. nazwa uczelni       3. data zakończenia studiów | Należy podać:   1. Nazwa jednostki szkolącej 2. Nazwa szkolenia 3. Data rozpoczęcia szkolenia 4. Data zakończenia szkolenia | Miejsce nabycia doświadczenia oraz stanowisko i zakres wykonywanych obowiązków | Okres zatrudnienia  (należy podać m-c, rok rozpoczęcia i m-c, rok ewentualnego zakończenia) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Tabela nr 2. Wykaz osób na potrzeby oceny w kryterium II „kwalifikacje personelu”

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Wykształcenie | Kierunek ukończenia dodatkowych szkoleń | Doświadczenie zawodowe bezpośredniej w pracy  z klientem pomocy społecznej, szczególnie osobami uwikłanymi w przemoc w rodzinie, borykającymi się trudnościami w relacjach | | Doświadczenie zawodowe w prowadzeniu psychoterapii rodzin  (należy podać miejsce,  m-c, rok rozpoczęcia i m-c, rok ewentualnego zakończenia) | Informacje o podstawie dysponowania osobą  *(np. umowa o pracę, umowa zlecenie itp.)* |
| Należy podać:   * 1. Kierunek ukończonych studiów II stopnia   2. nazwa uczelni   3. data zakończenia studiów | Należy podać:   * 1. Nazwa jednostki szkolącej   2. Nazwa szkolenia   3. Data rozpoczęcia szkolenia   4. Data zakończenia szkolenia | Miejsce nabycia doświadczenia oraz stanowisko i zakres wykonywanych obowiązków | Okres zatrudnienia  (należy podać m-c, rok rozpoczęcia i m-c, rok ewentualnego zakończenia) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***Uwaga:*** *Informacja o podstawie do dysponowania osobą wskazaną w wykazie – należy podać czy jest to np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, czy też osoba podana w wykazie, zostanie udostępniona przez inny podmiot. W przypadku, gdy Wykonawca polega na osobach skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, udostępnionych przez inne podmioty, do wykazu należy dołączyć, w szczególności pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania Wykonawcy do dyspozycji wskazanych w wykazie osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.*

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

…………………………………………………

*czytelny podpis (imię i nazwisko) lub podpis wraz z pieczęcią imienną Wykonawcy lub osoby/osób*

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

*Uwaga! Niniejszy Wykaz osób składa Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia składa je Pełnomocnik w imieniu wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.*

Załącznik nr 6 do IWZ

*Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………*

# **Oświadczenie WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **prowadzenie sesji psychoterapii indywidualnej dla osób z podwójna diagnozą, tj. uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych oraz z deficytami w zakresie funkcjonowania psychicznego,** prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, oświadczam/-my co następuje:

* + - 1. Dysponuję(-my) / będę dysponował\* (będziemy dysponować) gabinetem terapeutycznym (lokalem) znajdującym się na terenie Miasta Gdyni umożliwiającym realizację przedmiotowej usługi, zapewniającym intymność spotkania, mieszczącym się pod następującym adresem:

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

* + - 1. Podstawa dysponowania lokalem, o którym mowa w pkt 1:

*(umowa najmu/własność itp. – w przypadku czasowego dysponowania lokalem podać okres)*

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

\* - niepotrzebne skreślić

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

*Miejscowość, data (czytelny podpis (imię i nazwisko) lub podpis wraz*

*z pieczęcią imienną Wykonawcy lub osoby/osób*

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*