#   Załącznik Nr 1 do SWZ

ZNAK: MOPS.ZP.1.2021

# Formularz ofertowy wykonawcy trybie podstawowym, art. 275 pkt 1 ustawy Pzp

# -Część I, II-

**Dane dotyczące wykonawcy:**

Nazwa.........................................................................................................................................

Adres..........................................................................................................................................

Nr telefonu..................................................................................................................................

nr NIP.........................................................................................................................................

nr REGON..................................................................................................................................

poczta elektroniczna……………………………………………………………………………

rodzaj wykonawcy: *(\*zaznaczyć jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | mikroprzedsiębiorca |
| **□** | małym przedsiębiorca |
| **□** | średnim przedsiębiorca |

**Dane dotyczące zamawiającego:**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie, ul. Grunwaldzka 6a, 14-200 Iława

**Zobowiązania wykonawcy:**

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia:

|  |
| --- |
|  □ część I i/lub □ część II  |
|  **Deklaracja wykonawcy**:□ deklaruję zatrudnienie osoby bezrobotnej□ nie deklaruję zatrudnienia osoby bezrobotnej |

**Część I:**

Składając ofertę na usługi społeczne, tj. **świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej** oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższą ceną:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto** **w złotych za 1 godzinę** | **Liczba godzin:** | **Stawka****VAT w % (lub informacja, że usługa jest zwolniona z podatku)** | **Cena brutto w złotych za wskazaną liczbę godzin****(kolumna 2x3)** |
| usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej | ………………zł   | 5368 | ……… | ……………..zł |

Kwota wartości oferty brutto słownie ……………………………………………………….

**Część II:**

Składając ofertę na usługi społeczne, tj. **świadczenie usług opieki wytchnieniowej** oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższą ceną:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto w złotych za 1 godzinę** | **Liczba godzin:** | **Stawka****VAT w % (lub informacja, że usługa jest zwolniona z podatku)** | **Cena brutto w złotych za wskazaną liczbę godzin****(kolumna 2x3)** |
| usługi opieki wytchnieniowej | ………………zł   | 3840 | ………. | …………….zł |

Kwota wartości oferty brutto słownie ………………………………………………………..

**Oświadczamy, że:**

1. Zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia wraz z załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.

2. Zdobyliśmy konieczne informacje dotyczące realizacji zamówienia oraz przygotowania i złożenia oferty.

3. Podana w ofercie kwota obejmuje całość wynagrodzenia, które uwzględnia w szczególności spełnienie wszystkich wymagań Zamawiającego określonych w ogłoszeniu - z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.

4. Uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu wyznaczonego jako termin składania ofert.

5. Akceptujemy warunki płatności, przelewem na konto wskazane na fakturze od dnia poprawnie złożonej faktury do siedziby zamawiającego, po realizacji zamówienia, przelewem na konto:

…………………………………………………………………………………………

6. Akceptujemy termin zrealizowania zamówienia po podpisaniu umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7. Akceptujemy wzór umowy załączony do specyfikacji warunków zamówienia.

8. W przypadku wyboru oferty firma zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez zamawiającego,

**Dokument należy złożyć w formie elektronicznej, w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**