**Formularz ofertowy**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

…………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko / nazwa (firma) Wykonawcy

…………………………………………………………………………………………………

adres do korespondencji

…………………………………………………………………………………………………

adres e-mail, numer telefonu

…………………………………………………………………………………………………

NIP w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej

**Formularz ofertowy**

1. Nawiązując do Ogłoszenia do składania ofert na świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w ramach programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022

***Składam pełną ofertę*** na wykonanie całego przedmiotu zamówienia:

dla dwóch uczestników Programu, tj. do 240 godzin zegarowych dla każdego z nich tj. łącznie do 480 godzin realizowanych do 15.12.2022r.

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

Cena usług jest gwarantowana przez cały okres trwania umowy.

Wskazana powyżej cena stanowi wynagrodzenie całkowite Wykonawcy i uwzględnia wszystkie koszty niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie, określonym w zaproszeniu Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Policach do składania ofert na świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – Edycja 2022, w tym wszelkie koszty i składki przewidziane przepisami prawa (m.in. składki na ubezpieczenie społeczne, składkę zdrowotną, składki na Fundusz Pracy, składki na fundusz wypadkowy, podatek, wszelkie opłaty / wpłaty na PPK, wynikające ze złożonego oświadczenia).

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z wymaganiami w/w zaproszenia do składania ofert i nie wnoszę do zawartych w nich uregulowań żadnych zastrzeżeń, a w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia z Zamawiającym umowy.

Oświadczam, że osoba bezpośrednio realizująca zamówienie posiada:

* 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*

**Kopie w/w dokumentów załączam do niniejszej oferty.**

……………………………………… ………………………………………

 *Miejsce i data Podpis / pieczęć Wykonawcy*