**Załącznik nr 1**

……………………………

Pieczęć firmy, NIP

**Gminny Ośrodek**

**Pomocy Społecznej**

**w Inowrocławiu**

**OFERTA**

W sprawie zapytania ofertowego „Świadczenie usług opiekuńczych – opieka wytchnieniowa dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”

**.Dane dotyczące Wykonawcy /Wykonawców w przypadku oferty wspólnej***\****:**

Nazwa…………………………………………………………………………………………

Siedziba…………………………...…………….…………………………………………….

Nr telefonu………………………………….......................…………………………………..

Faks ………………………………………..................................……………………………..

e-mail ………………………………………………..............................……………………..

nr NIP …………………………………………………………………………………………

nr REGON ……………………………………………………………………………………

oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zapytania ofertowego   
za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część zam.** | **Nazwa usługi** | **Cena netto 1 godziny wykonania usługi** | **Podatek VAT** | **Cena brutto 1 godziny wykonania usługi** | **Szacunkowa ilość godzin** | **Wartość zamówienia brutto (słownie)** |
| a | Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego skierowanego  do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednia opiekę nad dziećmi  z orzeczeniem niepełnosprawności u osób o znacznym stopniu niepełnosprawności w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej. |  |  |  | 960 |  |
| b | Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego skierowanego  do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednia opiekę nad dziećmi  z orzeczeniem niepełnosprawności o osób o znacznym stopniu niepełnosprawności w ośrodku wsparcia, domu pomocy społecznej jako zorganizowanej usługi. |  |  |  | 960 |  |



**Oświadczam, że:**

1.Zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem wszystkie informacje konieczne do złożenia oferty.

2.Akceptuję istotne postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej   
 umowy oraz termin realizacji przedmiotu zamówienia podany przez Zamawiającego.

3. Nie przewiduję powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia./ Przewiduję   
 powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia w części ………………… w zakresie   
 ………………….... . *\**

4. Przedmiot zamówienia zrealizowany zostanie zgodnie z umową.

5. W przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązuję się do zawarcia   
 umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego;

6. Osoby reprezentujące instytucję /funkcja/ oraz osoby uprawnione do składania oświadczeń w imieniu wykonawcy (upoważnienia/pełnomocnictwa):

7.W sprawie oferty kontaktować się z:

Tel.

8**.** Na potwierdzenie spełnienia warunków do oferty załączam:

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

9. Oferta zawiera .............. ponumerowanych stron

……………………………….…… dnia………………………

………………………………….…………………………………

(podpis osoby/osób wskazanych w dokumentach uprawnionych/ej do występowania w obrocie prawnym do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń

*\*Niepotrzebne skreślić.*

*\*\*Proszę wymienić wszystkie oświadczenia i dokumenty dołączone do oferty*



Załącznik nr 2

„Świadczenie usług opiekuńczych – opieka wytchnieniowa dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”

Nazwa i adres wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnianiu warunków do udziału w postępowaniu**

W sprawie zapytania ofertowego „Świadczenie usług opiekuńczych – opieka wytchnieniowa dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej   
w Inowrocławiu” oświadczam, że :

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie.
3. Dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi   
   do wykonania zamówienia lub:

a) polegam na potencjale technicznym oraz przedkładamy w załączeniu pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego\*;

b) polegam na osobach zdolnych do wykonania zamówienia oraz przedkładamy   
w załączeniu pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia\*;  
d) przedkładam w załączeniu pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia\*;

1. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

…………………………………………………………

(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)

**……………………….**, dnia……………………

**\* Prosimy zakreślić/zaznaczyć właściwą**



Załącznik nr 3

„Świadczenie usług opiekuńczych – opieka wytchnieniowa dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”

**Wykaz usług**

**zrealizowanych przez Wykonawcę w okresie ostatnich trzech lat**

**przed upływem terminu składania ofert**

Nazwa i adres wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dot. części zamówienia** | **Rodzaj, zakres zamówienia i miejsce realizacji** | **Termin realizacji  od – do**  **(podać rok i miesiąc)** | **Liczba zrealizowanych godzin** | **Nazwa zamawiającego** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\*należy dołączyć odpowiednio dokumenty potwierdzające należyte wykonanie zamówienia.**

…………………………………………………………

(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)



Załącznik nr 4

„Świadczenie usług opiekuńczych – opieka wytchnieniowa dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”

Nazwa i adres wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Wykaz zaplecza technicznego na realizację usług (dotyczy części b).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Część**  **zamówienia** | **Wykaz zaplecza technicznego do prawidłowego wykonana usługi.** | **Podstawa dysponowania zasobami** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

……………………………………………………………

(data, podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)



Załącznik nr 5

„Świadczenie usług opiekuńczych – opieka wytchnieniowa dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”

**Wykaz osób przewidzianych do realizacji zamówienia**

Nazwa i adres wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część zamówienia** | **Zakres wykonywanych czynności do wykonania w zamówieniu** | **Imię i Nazwisko** | **Doświad-**  **czenie/**  **staż** | **Opis posiadanych uprawnień, kwalifikacji i wykształcenia** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………

(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)



Załącznik nr 6

„Świadczenie usług opiekuńczych – opieka wytchnieniowa dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”

Nazwa i adres wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Doświadczenie Wykonawcy w wykonaniu usług odpowiadających zakresowi tematycznemu objętemu niniejszym zamówieniem**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dotyczy**  **części zamówienia**  **zgodnie, że szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia** | **Lp.** | **Przedmiot zamówienia (nazwa usług) i termin oraz miejsce przeprowadzenia** | **Odbiorcy**  **(grupa zawodowa, liczba osób)** | **Liczba zrealizowanych godzin** |
| Część ..... | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| Część ..... | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| … |  |  |  |

**Oświadczam/y, iż wszystkie informacje przedstawione powyżej są zgodne ze stanem faktycznym oraz że ww. usługi odpowiadają tematyką zakresowi tematycznemu objętemu niniejszym zamówieniem stosownie do części zamówienia.**

......................................, dn. ........................ ……………….…………………........................................................   
 Miejscowość i data (podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych

do występowania w imieniu wykonawcy)



Załącznik nr 7

**Umowa**

**na przeprowadzenie** „Świadczenie usług opiekuńczych – opieka wytchnieniowa dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu”

**zawarta w dniu ......r. w Inowrocławiu pomiędzy**

Gminą Inowrocław, ul. Królowej Jadwigi 43, 88-100 Inowrocław, NIP 556-273-88-48 Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Inowrocławiu z siedzibą przy ul. Królowej Jadwigi 43, 88-100 Inowrocław, zwanym dalej Zamawiającym reprezentowanym przez:

Ewę Słowik kierownika,

i Małgorzatę Pomagier głównego księgowego

a

...................................................................................................…………………… reprezentowanym przez ……………………………………………................................ zwanym dalej **Wykonawcą**

o następującej treści:

§ 1

Umowa dotyczy organizacji usług opiekuńczych w formie opieki wytchnieniowej zgodnie   
z przepisami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych zawarta zgodnie z zapytaniem ofertowym oraz ofertą Usługodawcy, która stanowi jego część integralną.

§ 2

Wykonawca zobowiązuje się świadczyć na rzecz Zamawiającego usługi opiekuńcze w formie opieki wytchnieniowej dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu, zamieszkałych na terenie Gminy Inowrocław.

§ 3

Wykaz klientów korzystających z usług opiekuńczych w formie opieki wytchnieniowej wraz   
z miejscem zamieszkania oraz ilością godzin świadczonych usług, stanowi Załącznik nr 1 umowy i jest jego integralną częścią, i zostanie przekazany Wykonawcy po przyznaniu w/w pomocy klientowi Osrodka.

Dane osobowe osób z zaburzeniami psychicznymi skierowanymi do świadczenia usług specjalistycznych będą przekazane wyłącznie za zgodą na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).



§ 4

Wykonawca oświadcza, iż posiada wiedzę specjalistyczną oraz uprawnienia do świadczenia przedmiotowych usług, a także, że będzie je wykonywał za pomocą osób posiadających   
do tego stosowne kwalifikacje. Nadto osoby te spełniają wymogi, które są określone   
w przepisach wyżej powołanej ustawy oraz w innych przepisach obowiązujących w tym zakresie.

§ 5

Zamawiający zobowiązany jest do przedłożenia Wykonawcy, za zgodą podopiecznych następujących dokumentów:

1. Zaświadczenie lekarzy psychiatrów o stanie zdrowia podopiecznych korzystających

z usług w uwierzytelnionej kserokopii.

1. Informację na temat danych osobowych tych podopiecznych, przy czym dokumenty posiadane przez zleceniodawcę w tym zakresie będą przekazane w uwierzytelnionej kserokopii.

§ 6

Czynności realizowane w ramach niniejszej umowy przez Wykonawcę obejmują pełen zakres opieki przewidzianej w przepisach powołanej wyżej ustawie, w przepisach wykonawczych wydanych do tej ustawy, a także w innych obowiązujących przepisach prawa w tym zakresie.

§ 7

Usługa objęta niniejszą umową będzie realizowana przez wykwalifikowaną do tego osobę zgodnie z harmonogramem dostarczonym z Ośrodka i z określoną liczbą godzin świadczonych na rzecz klienta.

§ 8

1.Strony uzgadniają odpłatność w wysokości ……. zł brutto (słownie: …………) za jedną godzinę pracy opiekuna, przy czym stawka ta obejmuje pracę opiekuna, jak również wszystkie pozostałe koszty.

2.Cena jednej usługi nie podlega zmianie przez cały czas trwania umowy.

3.Całkowita wartość zamówienia będzie równa iloczynowi godzin wykonanych specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi razy cena jednej godziny usługi.

§ 9

1.Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za nienależyte wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych w wysokości 20% wartości stawki godzinowej o której mowa w § 8 ust. 1 umowy.



2.Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za niewykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych, w wysokości 20% stawki godzinowej o której mowa § 8 ust. 1 umowy.

3.Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 20% wartości przedmiotu umowy o którym mowa w § 8 ust. 1 umowy, za odstąpienie od umowy Zamawiającego z winy Wykonawcy.

4.Niezależnie od naliczenia kary umownej o której mowa w ust. 1 i 2 , Wykonawca   
jest zobowiązany do wykonania usługi niewykonanej lub wykonanej nienależycie.

§ 10

Osoba wykonująca opiekę w imieniu Wykonawcy jest zobowiązana prowadzić szczegółową kartę pracy i raz w miesiącu przedkładać ją dla potrzeb Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu. Zał. nr 2 do umowy.

§ 11

1.Strony będą rozliczały się na podstawie faktur vat lub rachunków wystawianych   
przez usługodawcę, według zasad opisanych wyżej i zaadresowanych w następujący sposób:

NABYWCA: GMINA INOWROCŁAW

UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 43

88-100 INOWROCŁAW

NIP 556-273-88-48

ODBIORCA: GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

W INOWROCŁAWIU

UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 43

88-100 INOWROCŁAW

2.Faktury lub rachunki będą wystawiane raz w miesiącu na koniec danego miesiąca,   
w którym usługi były świadczone i będą dostarczone w terminie 5 dni od ich wystawienia.

3. Zapłata za faktury lub rachunki będzie następowała w terminie 14 dni, od daty otrzymania prawidłowo wystawionego dokumentu.

§ 12

Zamawiający zastrzega sobie możliwość przerwy na realizację usług, lub przedłużenia terminu płatności w przypadku zwłoki w otrzymaniu dotacji na ten cel   
z budżetu Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego.

§ 13

Umowa obowiązuje od dnia zawarcia umowy, na czas określony do dnia

31.12.2020 r.

§ 14

Stronom przysługuje prawo odstąpienia od umowy w następujących sytuacjach:

1.Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy w następujących przypadkach:



a) jeżeli Wykonawca nie rozpoczął wykonywania usług bez uzasadnionej przyczyny i nie kontynuuje ich pomimo wezwania Go na piśmie w terminie trzech dni od daty otrzymania wezwania,

b) jeżeli Wykonawca bez uzasadnionej przyczyny przerwał realizację i przerwa ta trwa dłużej niż trzy kolejne dni,

c) w przypadku stwierdzenia źle wykonywanych zadań wynikających z zapytania ofertowego lub nagminnie powtarzających się skarg ze strony osób korzystających oraz braku reakcji   
na interwencję Zamawiającego,

2. Wykonawcy przysługuje prawo odstąpienia od umowy w szczególności jeżeli:

a) Zamawiający nie wywiązuje się z obowiązku zapłaty za świadczone usługi mimo wezwania złożonego na piśmie przez Wykonawcę w terminie 1 m-ca od upływu terminu zapłaty faktur.

3. Odstąpienie od umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i powinno zawierać uzasadnienie.

4. W przypadku odstąpienia od umowy strony zobowiązane są do sporządzenia w terminie   
7 dni protokołu przekazania i rozliczenia się z wykonanych usług.

§ 15

Zmiany umowy dla swej ważności wymagają podpisania aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności

§ 16

Do spraw nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( Dz.U. z 2019 r. poz. 1507), ustawy z dnia 28 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 695) oraz inne obowiązujące przepisy ustaw w zakresie przedmiotu uregulowania niniejszą umową.

§ 17

Zapłata ewentualnych zobowiązań podatkowych lub para podatkowych wynikających   
z tej umowy obciąża wykonawcą.

§ 18

1.Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednej dla każdej   
ze stron.

2. W przypadku sporów sądem właściwym będzie sąd zgodnie z siedzibą zamawiającego.

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

Zamawiający Wykonawca



*Załącznik nr 1 do umowy*

Inowrocław, dnia..................

WYKAZ OSÓB KORZYSTAJACYCH Z USŁUGI WYTCHNIENIOWEJ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania | Data świadczenia usługi | Liczba godzin świadczonych usług |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data i podpis



*Załącznik nr 2 do umowy*

**Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa"**

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr ....................
2. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej opieką wytchnieniową: ………………………………………
3. Adres: …………………………………………………
4. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową ……………………………
5. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od ………… do……………
6. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie dziennej
7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ……………………………
8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: ……………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wykonywania opieki wytchnieniowej** | **Wykonano opiekę wytchnieniową**  **od godz. …**  **do godz. …** | **Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej** | **Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej   
   w miesiąc……..…………….. r. wynosi ……….godzin.

………………………………..

Data i podpis osoby świadczącej usługi

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług