**Załącznik nr 1 do SWZ**

(dane dotyczące Wykonawcy)

…………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko/Nazwa (firma) wykonawcy

…………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji

…………………………………………………………………………………………………

adres e-mail, numer telefonu

…………………………………………………………………………………………………

NIP lub REGON lub PESEL

…………………………………………………………………………………………………

**adres Elektronicznej Skrzynki Podawczej Wykonawcy** znajdującej się na platformie **ePUAP**

**Formularz ofertowy**

1. Nawiązując do Ogłoszenia o zamówieniu na usługi społeczne pn. „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – edycja 2021”,

**Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia Zadanie nr ………….**

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

Wskazana powyżej cena stanowi wynagrodzenie całkowite Wykonawcy (wynagrodzenie brutto brutto) i uwzględnia wszystkie koszty i składki niezbędne do wykonania powyższego zamówienia przewidziane przepisami prawa, w tym składki na ubezpieczenie społeczne, składkę zdrowotną, składki na Fundusz Pracy, składki na fundusz wypadkowy podatek, wszelkie opłaty/wpłaty na PPK (wynikające z ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych), których obowiązek wynika z aktualnie obowiązujących przepisów zarówno przez Wykonawcę oraz Zamawiającego ( tj. płaca Wykonawcy brutto oraz narzuty na wynagrodzenie ze strony Zamawiającego).

1. Termin realizacji zamówienia: zgodnie ze SWZ.
2. Warunki płatności zgodne z projektowanymi postanowieniami umowy, stanowiącej załącznik do SWZ.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze SWZ oraz wzorem umowy i nie wnoszę do zawartych w nich uregulowań żadnych zastrzeżeń i w przypadku wygrania przetargu zobowiązujemy się do zawarcia z Zamawiającym umowy w ustalonym terminie.
4. **Oświadczam, że:**
* jestem osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* jestem Przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2021 r. poz. 162), (zaznaczyć właściwą opcję, w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno**):**

⃞Mikroprzedsiębiorca;

⃞Mały przedsiębiorca;

⃞ Średni przedsiębiorca;

⃞ Inny niż mikro, mały i średni przedsiębiorca.

1. **Oświadczenie – informacja o doświadczeniu w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym**

Oświadczam, że posiadam doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym/Oświadczam, że osoba skierowana przez Wykonawcę do realizacji zamówienia posiada doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym: \*niepotrzebne skreślić

* do 6 miesięcy\*\*;
* powyżej 6 miesięcy do 12 miesięcy\*\*;
* powyżej 12 miesięcy do 18 miesięcy\*\*;
* powyżej 18 miesięcy do 24 miesięcy\*\*;
* powyżej 24 miesięcy do 30 miesięcy\*\*;
* powyżej 30 miesięcy.\*\*

\*\*zakreślić X właściwe pozycję, jeśli dotyczą

1. **Oświadczenie – informacja w sprawie wykształcenia, ukończonych szkoleń/ kursów\***

Oświadczam, że posiadam/Oświadczam, że osoba skierowana przez Wykonawcę do realizacji zamówienia posiada\*:

\* niepotrzebne skreślić

* wykształcenie w zakresie: pedagogika specjalna, psychologia, terapia zajęciowa lub praca socjalna;\*\*
* ukończone szkolenia/kursy z zakresu wsparcia osób z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielnych, opiekun osoby niepełnosprawnej; \*\*
* kurs pierwszej pomocy przedmedycznej \*\*.

\*\*zakreślić X właściwe pozycję, jeśli dotyczą

1. **Podwykonastwo:**
* Nie dotyczy
* Wypełnić poniższe, jeśli dotyczy
1. Nazwa podwykonawcy/podwykonawców ……………………………………………..

………………………………………………………………………………………… \*

\*należy podać jeśli dane są znane na dzień złożenia oferty

1. Zakres zamówienia realizowany przez Podwykonawcę ……………………

…………………………………………………..

 (miejsce i data)

……………………………………………………….

 (podpis Wykonawcy)