Załącznik Nr 1 do IWZ

*pieczątka firmowa Wykonawcy*

#### 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 (t. j. Dz. U. z 2019 poz. 1843), 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 spotkań konsultacyjnych dla rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu, pracowników instytucji pomocowych oraz prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych dla członków ww. rodzin**

**Dane Wykonawcy:**

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

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

*województwo: …………………………………………*

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

*Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy i podpisująca ofertę:*

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

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

*numer telefonu:………………………………………… numer faksu:……………………………………………………..*

*e-mail: ……………………………………………………………*

*Adres do korespondencji (inny niż adres siedziby Wykonawcy): ……………………………………………………………..………………………………………………………………………*

* + 1. Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **prowadzenie spotkań konsultacyjnych dla rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu,** **pracowników instytucji pomocowych oraz prowadzenie zajęć psychoterapii dla członków ww. rodzin** oferuje /-my wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższą tabelą za cenę :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przewidywana ilość godzin realizacji przedmiotu zamówienia | Cena jednostkowa brutto jednej godziny (60 min)  (PLN) | Razem wartość brutto  (PLN)  *1. x 2.* |
| *1.* | *2.* | *3.* |
| 440 |  |  |

**Cena oferty brutto** (wartość brutto): …………………. zł (**słownie** : ……………………………) w tym ………% stawka podatku od towarów i usług w wysokości ………………………… zł

**Cena oferty netto** (wartość netto): …………………zł

* + 1. Oświadczam/-my, że zaoferowana cena jednostkowa za realizację 1 godziny (60 minut) przedmiotu zamówienia, obejmuje cały zakres zamówienia wskazany przez Zamawiającego w IWZ, uwzględnia wszystkie wymagane opłaty i koszty niezbędne do zrealizowania przedmiotu zamówienia, bez względu na okoliczności i źródła ich pochodzenia.
    2. Oświadczam/-my, że zamówienie wykonam/-my zgodnie z zakresem rzeczowym przedmiotu zamówienia oraz zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
    3. Oświadczam/-my, że:
       1. zapoznałem/-liśmy się z warunkami zamówienia, treścią IWZ oraz projektem umowy i nie wnoszę/-imy do nich zastrzeżeń,
       2. zdobyłem/-liśmy konieczne informacje do przygotowania Oferty i wykonania zamówienia,
       3. jestem/-eśmy związany/-ni złożona ofertą przez okres 30 dni – bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,
       4. zapoznałem/-liśmy się z projektem umowy, stanowiącym załącznik nr 6 do IWZ, przyjmuje/-emy go bez zastrzeżeń i we wskazanym przez Zamawiającego terminie i miejscu zobowiązuję/-emy się do podpisania umowy, na warunkach określonych w IWZ,
       5. akceptujemy warunki płatności znajdujące się w projekcie umowy, stanowiącym załącznik nr 6 do IWZ.
    4. Oświadczam/-my, że zamówienie zrealizuje/-emy sami /przy udziale podwykonawców:

*(wypełnić, jeżeli dotyczy)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia powierzona podwykonawcom | Nazwa firmy podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

* + 1. Zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia od dnia 03.02.2020 r. lub od dnia zawarcia umowy do dnia 31.12.2020 r.
  1. Zostałem/-liśmy poinformowany/-ni, że mogę/-żemy wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji jednocześnie wykazując, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa oraz zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania.
  2. Oświadczam/-my, że jestem / jesteśmy: mikroprzedsiębiorcą / małym przedsiębiorcą / średnim przedsiębiorcą\*.

*\* niepotrzebne skreślić*

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

1. …………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

…………………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

Załącznik Nr 2 do IWZ

*pieczątka firmowa Wykonawcy*

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

# **Oświadczenie Wykonawcy**

# **Dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **prowadzenie spotkań konsultacyjnych dla rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu,** **pracowników instytucji pomocowych oraz prowadzenie zajęć psychoterapii dla członków ww. rodzin -** prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, 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.

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

…………………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

**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).*

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

**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.

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

Załącznik nr 3 do IWZ

*(pieczęć firmowa)*

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

# **Oświadczenie Wykonawcy**

# **Dotyczące PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z postępowaniA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **prowadzenie spotkań konsultacyjnych dla rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu,** **pracowników instytucji pomocowych oraz prowadzenie zajęć psychoterapii dla członków ww. rodzin -** 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 z dnia 29 stycznie 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843),
      2. Oświadczam/-my, że nie podlegam/-my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust.5 pkt. 1 i 4 ustawy z dnia 29 stycznie 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

Oświadczam/-my, że zachodzą w stosunku do mnie / nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …..ustawy Prawo zamówień publicznych *(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 Prawo zamówień publicznych).* Jednocześnie oświadczam/-my, że w związku z ww. okolicznościami, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych podjąłem/podjęliśmy następujące środki naprawcze:

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

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

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

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

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 na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12-22 , ust. 5 pkt. 1 i 4 ustawy Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

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

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 na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12-22 , ust. 5 pkt. 1 i 4 ustawy Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

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.

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*

Załącznik nr 4 do IWZ

*( pieczęć firmowa podmiotu )*

**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 **prowadzenie spotkań konsultacyjnych dla rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu,** **pracowników instytucji pomocowych oraz prowadzenie zajęć psychoterapii dla członków ww. rodzin** na następujących zasadach:

* + - * 1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby w następujący sposób:

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

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

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

* + - * 1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów, 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:

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

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

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

…………………………………………………………

*miejscowość, data*

…………………………………………………

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

*właściwie do tego upoważnionych*

Załącznik Nr 5 do IWZ

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

**WYKAZ OSÓB**

**SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **prowadzenie spotkań konsultacyjnych dla rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu,** **pracowników instytucji pomocowych oraz prowadzenie zajęć psychoterapii dla członków ww. rodzin,** poniżej przedstawiam /-my wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie Usług, obejmujący co najmniej osoby wymagane w Rozdziale 4 ust. 1 pkt. 2 lit. c1 IWZ:

**Tabela nr 1.**

**Wykaz osób** **-** na potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Wykształcenie | Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia / kursu w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie    Należy podać:  1. nazwę podmiotu szkolącego  2. okres szkolenia / kursu (m-c, rok rozpoczęcia i m-c, rok zakończenia) | Doświadczenie  w bezpośredniej pracy  z osobami współuzależnionymi i doświadczającymi przemocy w rodzinie  (należy podać miejsce,  m-c, rok rozpoczęcia i m-c, rok ewentualnego zakończenia) | Doświadczenie zawodowe  w bezpośredniej pracy  z klientem pomocy społecznej i ich rodzinami – osobami z historią doświadczeń traumatycznych i/lub borykającymi się z trudnościami w bliskich relacjach  (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       2. nazwa uczelni       3. data zakończenia studiów |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Tabela nr 2.**

**Wykaz osób** na potrzeby oceny w kryterium II „kwalifikacje personelu doświadczenie 1” oraz w kryterium II „kwalifikacje personelu doświadczenie 2”

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Wykształcenie | Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia / kursu w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie    Należy podać:  1. nazwę podmiotu szkolącego  2. okres szkolenia / kursu (m-c, rok rozpoczęcia i m-c, rok zakończenia) | **Kwalifikacje personelu doświadczenie 1**  Doświadczenie  w bezpośredniej pracy  z osobami współuzależnionymi  i doświadczającymi przemocy w rodzinie  (należy podać miejsce,  m-c, rok rozpoczęcia i m-c, rok ewentualnego zakończenia) | **Kwalifikacje personelu doświadczenie 2**  Doświadczenie zawodowe  w bezpośredniej pracy  z klientem pomocy społecznej i ich rodzinami – osobami z historią doświadczeń traumatycznych i/lub borykającymi się z trudnościami w bliskich relacjach  (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 |
| 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 podmiotu lub osoby/osób*

*właściwie do tego upoważnionych*