Załącznik nr 6

do Regulaminu Zamówień Publicznych

MOPR

 FORMULARZ

Nazwa oferenta

Siedziba oferenta

Adres, nr telefonu,

Faks, adres e-mail

##  **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu**

##  **ul. Kopernika 3**

 **39-400 Tarnobrzeg**

**OFERTA CENOWA**

**Dotyczy zamówienia, którego wartość netto nie przekracza kwoty 130 000,00 zł.**

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia pn. „Usługa teleopieki dla mieszkańców miasta Tarnobrzega – podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu”

oferujemy wykonanie przedmiotowego zamówienia za cenę:

**łączna cena netto (za całość zadania)**

....................................zł

(słownie złotych: .…………………………………………..)

**łączna cena brutto (za całość zadania)**

....................................zł

(słownie złotych: .…………………………………………..)

W tym:

**cena netto za 1 miesiąc wsparcia 1 osoby**

....................................zł

(słownie złotych: .…………………………………………..)

**cena brutto za 1 miesiąc wsparcia 1 osoby**

....................................zł

(słownie złotych: .…………………………………………..)

 **Cena zawiera wszystkie koszty wynikające z zakresu przedmiotu zamówienia.**

1. Oświadczamy, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni.

3.Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy sami.

4. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na ustalonych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

5. Korespondencję w sprawie przedmiotowego zamówienia prosimy kierować na adres: …………………………………………………. tel….……………… faks…………………

6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

7. Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia 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* (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.)

**zapoznałem/zapoznałam[[1]](#footnote-1)** się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o przysługujących mi prawach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych - wskazaną w pkt. ……. zapytania ofertowego.

8. Inne ustalenia:

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

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

(Nazwa lub imię i nazwisko Wykonawcy)

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

(Adres Wykonawcy)

Składając ofertę na zapytanie ofertowe „**Usługa teleopieki dla mieszkańców miasta Tarnobrzega – podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu”**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu tj.:

1. Posiadam doświadczenie w realizacji podobnych zamówień rozumianych jako całodobowy monitoring jego użytkowników odpowiadających charakterem przedmiotowi zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot usługi | Okres wykonywania usługi | Liczba podopiecznych objętych usługą | Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |

2. **Dysponuję** odpowiednim potencjałem organizacyjno - technicznym niezbędnym do realizacji przedmiotu zamówienia.

3. **Dysponuję** kadrą niezbędną do realizacji przedmiotu zamówienia tj. posiadającą kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego, opiekuna medycznego lub pielęgniarki wymagane aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wykaz osób posiadających kwalifikacje zawodowe odpowiedzialnych za realizację zamówienia w centrum monitoringu** | **Podstawa wykonywania zawodu (****ratownika medycznego, opiekuna medycznego, pielęgniarki)***dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie odpowiednio dla każdej osoby* | **Uwagi** |
| 1 | Osoba 1 |  |  |
| 2 | Osoba 2 |  |  |
| 3 | Osoba 3 |  |  |
| 4 | Osoba 4 |  |  |
| 5 | Osoba 5 |  |  |

Podpisano

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

 *Data i podpis Wykonawcy*

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)