

NAZWA WYKONAWCY/ÓW

.....

.....

(Tel.....)

Fax.....)

e-mail.....)

(w przypadku składania oferty wspólnej należy wymienić wszystkich Wykonawców)

**O F E R T A**

dla  
**Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie**  
**ul. Przyjaźni 5**  
**62-510 Konin**

na: **CZEŚĆ I - Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

1. **SKŁADAMY OFERTE** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

2. **OFERUJEMY wykonanie zamówienia, za łączną cenę:** ..... zł brutto

(słownie: ..... zł brutto),

wg następującego wyliczenia:

Lp	1	2	3	4
1.	Rodzaj usługi	Liczba godzin w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto jednej godziny	Łączna cena za wykonywanie usług w okresie obowiązywania umowy
2.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze	9.462 godzin	..... zł brutto	..... zł brutto
3.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze bardziej wyspecjalizowane np. usług rehabilitanta, logopedy, fizjoterapeuty	55 godzin	..... zł brutto	..... zł brutto
Łączna cena oferty brutto (suma kwot podanych w kolumnie 4 wiersz 2 i 3) .....				<b>zł brutto</b>

3. **OŚWIADCZAMY, że** wycena przedmiotu zamówienia uwzględnia wszystkie wymagania stawiane przez Zamawiającego i obejmuje cały zakres rzeczowy zamówienia.

4. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ do wykonania zamówienia w terminie: od podpisania umowy, jednak nie wcześniej niż od zakończenie realizacji umowy z podmiotem dotychczas realizującym usługi do 31.12.2017 r.**

(.....)

Miejscowość i data

(.....)

Podpis (czytelny) i pieczęć  
pełnomocnego przedstawiciela Wykonawcy

5. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z załącznikami i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami oraz zasadami postępowania.
6. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami zapisanymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
7. **ZAPOZNALIŚMY SIĘ** z warunkami realizacji zamówienia oraz uzyskaliśmy wszelkie informacje konieczne do właściwego przygotowania niniejszej oferty.
8. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą w czasie wskazanym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. **PRZEWIDUJEMY / NIE PRZEWIDUJEMY\*** powierzenie podwykonawcom wykonanie części zamówienia.

Lp.	Nazwa (firma) podwykonawcy	Nazwa części zamówienia powierzonej podwykonawcy

10. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z warunkami umowy i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą na warunkach określonych w SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
11. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** przypadku wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej do dostarczenia przed podpisaniem umowy Zamawiającemu umowy regulującej naszą współpracę (dot. Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia - oferta wspólna).
12. Załącznikami do niniejszej oferty są :

.....

.....

.....

.....

.....

13. Ofertę niniejszą składamy na ..... kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.

\*niewłaściwe skreślić

(.....)

Miejscowość i data

(.....)

Podpis (czytelny) i pieczęć  
pełnomocnego przedstawiciela Wykonawcy

.....  
 (Pieczęć Wykonawcy/ów )  
 (Tel., fax, e-mail)

**Informacja o Wykonawcach wspólnie ubiegających się  
o udzielenie zamówienia\* na:**

**CZEŚĆ I - Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób  
z zaburzeniami psychicznymi**

Nazwa	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania	Adres	Telefon / fax
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

\* należy wymienić wszystkich Wykonawców składających ofertę wspólną

W załączeniu: pełnomocnictwo udzielone osobom upoważnionym do reprezentowania Wykonawców składających ofertę wspólną

**Uwaga**: powyższy załącznik należy wypełnić w przypadku składania oferty wspólnej.

(.....)  
Miejscowość i data

(.....)  
Podpis (czytelny) i pieczęć  
pełnomocnego przedstawiciela Wykonawcy

(Pieczęć Wykonawcy/ów )  
(Tel., fax, e-mail)

**OŚWIADCZENIE\***  
**dotyczące przesłanek wykluczenia**

Przystępując do postępowania na **CZEŚĆ I** - Świadczenie specjalistycznych usług  
opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

(ja/my) niżej podpisan(y/i) ( .....)

reprezentując firmę/y\*\* ( .....)  
( .....)  
( .....)

w imieniu swoim oraz reprezentowanej firmy :

oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania.

\* niepotrzebne skreślić

\* w przypadku składania oferty wspólnej, oświadczenie składa każdy z podmiotów odrębnie

(.....)

Miejscowość i data

(.....)

Podpis (czytelny) i pieczęć  
pełnomocnego przedstawiciela Wykonawcy

.....  
(Pieczęć Wykonawcy/ów )  
(Tel., fax, e-mail)

**OŚWIADCZENIE\***  
**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

Przystępując do postępowania na **CZEŚĆ I** - Świadczenie specjalistycznych usług  
opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

(ja/my) niżej podpisan(y/i) ( .....

reprezentując firmę ( .....)

( .....)

( .....)

Oświadczam, że spełniam/my warunek udziału w postępowaniu określony przez Zamawiającego w pkt 4.2.

\* niewłaściwe skreślić

\*w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców, oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie w zakresie, w którym każdy z Wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu

(.....)

Miejscowość i data

(.....)

Podpis (czytelny) i pieczęć  
pełnomocnego przedstawiciela Wykonawcy

.....  
 (Pieczęć Wykonawcy/ów )  
 (Tel., fax, e-mail)

Wykaz wykonywanych usług na **CZEŚĆ I - Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

Zamawiający nazwa i adres (podmiot dla którego zrealizowano/realizowane są usługi)	Nazwa usług *	Ilość godzin/rocznie (minimum 15 000 każda, wykonane w ramach odrębnych umów obejmujących pełne 12 m-cy)	Terminy realizacji	
			rozpoczęcia	zakończenia

\*należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że usługi te zostały/są wykonane/wykonywane należycie/prawidłowo

**Umowa Nr ..... /2017 ( CZĘŚĆ I )**

zawarta w dniu ..... 2017 r. pomiędzy:

Miastem Konin, Plac Wolności 1, 62-510 Konin, NIP 665-289-98-34 reprezentowanym przez Józefa Nowickiego-Prezydenta Miasta Konina z upoważnienia którego działa Anna Kwaśniewska-Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Koninie, ul. Przyjaźni 5, 62-510 Konin,  
zwanym dalej „Zamawiającym”,

a

.....  
.....

reprezentowanym przez:

zwanym dalej „Wykonawcą”,

W oparciu o przeprowadzone postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie art.138o i następnego Prawa zamówień publicznych na „**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi** ” na terenie miasta Konina w 2017 roku, została zawarta umowa o następującej treści:

**§ 1**

Zamawiający zleca a Wykonawca przyjmuje do wykonania świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt 3, art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 930 ze zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189 , poz. 1598 ze zm.).

**§ 2**

1. Wykonywanie usług odbywać się będzie we wszystkie dni tygodnia, w miejscu zamieszkania podopiecznego w godzinach od 7.00 do 20.00. W przypadku gdy osoba wymagająca opieki jest całkowicie ubezwłasnowolniona, jej opiekun prawny zamieszkuje na terenie Miasta Konina, to przyznane przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koninie specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane są w miejscu faktycznego pobytu osoby wymagającej opieki .
2. Do opieki należy także:
  - prowadzenie kart pracy,
  - prowadzenie indywidualnych programów dostosowanych do potrzeb pacjenta,
  - wezwanie lekarza w przypadku pogorszenia stanu zdrowia lub w celu stwierdzenia zgonu pacjenta,
  - powiadomienie rodziny o chorobie lub śmierci chorego,
  - powiadomienie Policji w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa lub życia podopiecznego,
  - zdanie kluczy właścicielowi, zarządcy domu w przypadku śmierci podopiecznego oraz braku rodziny lub braku kontaktu z nią.

Szacunkowa wielkość zamówienia wynosi 9.517 godzin w tym około 55 godzin usług bardziej wyspecjalizowanych np. usług rehabilitanta, logopedy, fizjoterapeuty. Ponadto Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia lub zmniejszenia ilości godzin usług w zależności od potrzeb, szczególnie w sytuacji niewynikającej z przyczyn leżących po stronie Zamawiającego, której nie jest w stanie przewidzieć, a wymagane jest natychmiastowe ich wykonanie (+/- 35 %) na warunkach określonych w ofercie Wykonawcy.

### § 3

Cenę usługi stanowiącą pokrycie kosztów usługi i dotarcie do podopiecznego ustala się na:

a) kwotę ..... zł /słownie: ..... złotych brutto/ za jedną godzinę specjalistycznych usług opiekuńczych,

b) kwotę .....zł /słownie:..... złotych brutto/za jedną godzinę bardziej wyspecjalizowanych usług opiekuńczych,

do końca 2017 r., gdzie łączna szacunkowa wartość usług wynosi ..... zł /słownie: ..... złotych brutto/.

### § 4

1. Należność z tytułu wykonania umowy wypłacana będzie Wykonawcy przez Zamawiającego na podstawie wystawionej faktury określającej wysokość wynagrodzeń za świadczenie usług za dany miesiąc. Odbiorcą i płatnikiem jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koninie.
2. Fakturę i rozliczenie wykonanych usług Wykonawca składa Zamawiającemu do 5 dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym a za miesiąc grudzień do 29 grudnia 2017 r. do godziny 9:30 na adres Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Koninie.
3. Faktury należy wystawiać na Nabywcę, tj. Miasto Konin, Plac Wolności 1, 62-510 Konin, NIP 665-289-98-34, ze wskazaniem Odbiorcy: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Koninie, ul. Przyjaźni 5, 62-510 Konin.
4. Zamawiający zobowiązuje się do przekazania środków finansowych na konto Wykonawcy w terminie do 14 dni od dnia dostarczenia faktury Zamawiającemu, a za usługi wykonane w grudniu przekazanie środków finansowych nastąpi do 29 grudnia 2017 r.

### § 5

Zobowiązuje się Wykonawcę do pobierania od podopiecznych, określonej decyzją Zamawiającego odpłatności za świadczone usługi opiekuńcze, w stosunku miesięcznym i przekazywania jej do kasy Zamawiającego wraz z wykazami imiennymi.

### § 6

Zamawiający dokonuje doraźnej kontroli jakości świadczonych usług.

### § 7

Za nieterminowe lub nienależyte wykonanie postanowień umowy Zamawiający obciąża Wykonawcę karą umowną w wysokości 10 % iloczynu szacunkowej liczby godzin i stawki brutto za jedną godzinę usługi wskazanej w ofercie.



### **§ 8**

Wszelkie zmiany i uzupełnienia umowy muszą być akceptowane przez obie strony w formie pisemnej.

### **§ 9**

Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia i Oferta Wykonawcy stanowią integralną część umowy.

### **§ 10**

Spory mogące wyniknąć na tle stosowania niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu właściwego dla Zamawiającego.

### **§ 11**

Niniejsza umowa zostaje zawarta na okres do 31 grudnia 2017 r.

### **§ 12**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie właściwe przepisy Kodeksu cywilnego i ustawy Prawo zamówień publicznych.

### **§ 13**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

**Zamawiający**

**Wykonawca**