

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 II - Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych**

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	Cena brutto jednej godziny	Liczba godzin w okresie obowiązywania umowy	Łączna cena za wykonywanie usług w okresie obowiązywania umowy
2.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze zł brutto	4.400 godzin zł brutto

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: 01.01.2018 r. – 31.12.2018 r.**

5. **Oświadczamy, że** osoby, które będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia posiadają odpowiednie kwalifikacje i umiejętności niezbędne do wykonania zamówienia.

6. **OŚWIADCZAMY, że** zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z załącznikami i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami oraz zasadami postępowania.

(.....)

Miejscowość i data

(.....)

Podpis (czytelny) i pieczęć
pełnomocnego przedstawiciela Wykonawcy

7. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami zapisanymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
8. **ZAPOZNALIŚMY SIĘ** z warunkami realizacji zamówienia oraz uzyskaliśmy wszelkie informacje konieczne do właściwego przygotowania niniejszej oferty.
9. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą w czasie wskazanym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
10. **PRZEWIDUJEMY / NIE PRZEWIDUJEMY*** powierzenie podwykonawcom wykonania części zamówienia.

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

11. **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.
12. **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).
13. Załącznikami do niniejszej oferty są :

.....

.....

.....

.....

.....

14. 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 II - Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych

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 II** - Świadczenie specjalistycznych usług
opiekuńczych

(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 II** - Świadczenie specjalistycznych usług
opiekuńczych

(ja/my) niżej podpisan(y/i) (.....

reprezentując firmę (.....

(.....

(.....

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

* 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 CZĘŚĆ II - Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych

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 II)

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 następane Prawa zamówień publicznych na „Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych” na terenie miasta Konina w 2018 roku, została zawarta umowa o następującej treści:

§ 1

Zamawiający zleca a Wykonawca przyjmuje do wykonania świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w art. 17 ust. 1 pkt 11, art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 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 4.400 godzin. 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 kwotę zł /słownie: złotych brutto/ za jedną godzinę do końca 2018 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 31 grudnia 2018 r. do godziny 9:30 na adres Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Koninie.
3. 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 31 grudnia 2018r.

§ 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 obciąży 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 2018 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