



**Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej**



## FORMULARZ OFERTOWY

**Do Kierownika  
Miejsko-Gminnego  
Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Żurominie**

### I. Dane Wykonawcy:

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania.....

.....

numer telefonu: .....

adres poczty e-mail.....

### II. Cena oferty:

Zgłaszam gotowość wykonania zamówienia na

## „Świadczenie usług Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej -edycja 2023”

Cena jednostkowa za godzinę świadczenia usługi brutto w zł (w tym koszty pracodawcy jeśli dotyczy)	Liczba godzin świadczonej usługi w całym okresie realizacji usługi (IV-XI 2023r.)	Całkowita wartość brutto w całym okresie realizacji zamówienia w zł
A	B	C= AxB
.....	<b>509 h</b>	.....

Koszt jednej godziny zegarowej wynagrodzenia asystenta za zrealizowaną usługę asystencji osobistej nie może przekroczyć **40 zł brutto wraz z kosztami pracy zatrudniającego**<sup>1</sup>.

**Całkowita wartość brutto w całym okresie realizacji zamówienia w zł ( z kolumny C) słownie:**

.....

<sup>1</sup> Przez koszty pracy zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń (brutto) oraz składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, poniesionych przez zatrudniającego.

**II. Pozacenowe kryterium oceny ofert – doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym:**

Zaznaczyć właściwe	Doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym
.....	min. 6 miesięcy
.....	powyżej 6 miesięcy do 2 lat
.....	Powyżej 2 lat

**V. Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z treścią Rozeznania cenowego i nie wnoszę zastrzeżeń oraz akceptuję warunki w nim określone.
2. Uzyskałem/am wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia.
3. Jestem związany niniejszą ofertą przez okres wskazany w Rozeznaniu cenowym.
4. Zobowiązuję się do wykonać zamówienie w terminie określonym w Rozeznaniu cenowym.
5. Oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.

Załączniki do oferty:

- 1) Podpisana czytelnie Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej- załącznik nr 2 do Rozeznania cenowego.
- 2) Podpisana czytelnie przez Wykonawcę Klauzula informacyjna M-GOPS w Żurominie- załącznik nr 3 do Rozeznania cenowego.

**Inne (wymienić jakie)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(podpis Wykonawcy)

....., dnia .....,  
(miejsowość)