Obraz zawierający tekst

Opis wygenerowany automatycznie

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta zostaje złożona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYKONAWCA** | |
| **1** | FIRMA/NAZWA |  |
| ADRES |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| **2** |  |  |

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

**DANE KONTAKTOWE WYKONAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba do kontaktów |  |
| Adres korespondencyjny: |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail do kontaktów |  |

W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym przez Zamawiającego na „Usługę Jednego Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi” oferuje zgodnie z wymaganiami zawartymi w SWZ, na warunkach określonych we wzorze umowy, zgodnie z przepisami obowiązującymi w Rzeczypospolitej Polskiej, wykonanie usługi rehabilitacji kompleksowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formule Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej – ZP (ORKZP) dla minimum 50 osób za cenę obliczoną na podstawie cen jednostkowych zgodnie z Formularzem Cenowym tj.:

Cena netto: ………………………………………………………….. zł (słownie: …………………………)

VAT 23%: ……………………………………………………..……… zł (słownie: ………………………….)

Cena brutto: ………………………………..……………………… zł (słownie: ………………………….)

*w przypadku gdy oferta składana jest na jedną część należy wypełnić tylko fragment dot. części na która składana jest oferta*

1. Zobowiązuje się, w przypadku wybrania przez Zamawiającego naszej oferty:
   * 1. zawrzeć umowę na realizację przedmiotu zamówienia, na warunkach określonych w SWZ,   
        w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego,
     2. wykonać przedmiot zamówienia zgodnie z postanowieniami SWZ,
     3. wnieść lub ustanowić zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości 5% ceny ofertowej podanej w ofercie.
2. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą do dnia …… lutego 2023 r.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz że uzyskałem konieczne informacje, potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
4. Oświadczamy, iż jesteśmy mikro/małym/średnim przedsiębiorcą zgodnie z przepisami ustawy Prawo przedsiębiorców [niepotrzebne skreślić].
5. Oświadczam, że następujące dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
6. Oświadczam, że wybór oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących usług:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | nazwa (rodzaj) towaru lub usługi | wartość towaru lub usługi bez VAT | stawka VAT, która będzie miała zastosowanie |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

*W przypadku braku wypełnienia tabeli powyżej - oświadczam, że złożenie oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego.*

1. 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. ⃰

\* *W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE 2016/679, oświadczenia o powyższej treści Wykonawca nie składa (należy usunąć treść powyższego oświadczenia np. poprzez jego wykreślenie).*

1. Oświadczam, że zamierzam korzystać z podwykonawców [wypełnić tylko gdy dotyczy]:

|  |  |
| --- | --- |
| część zamówienia | firma podwykonawcy |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Do oferty załączam następujące dokumenty:
   * 1. ………………………………..
     2. ……………………………….

…......................, dn. …......................... …...................................................

*(podpis osoby uprawnionej   
do reprezentacji Wykonawcy)*

**Formularz Cenowy – załącznik do Formularza oferty**

Instrukcja wypełniania Formularza Cenowego:

1. Wykonawca podaje cenę jednostkową brutto (G) oraz cenę brutto (H) w każdej pozycji. Cena jednostkowa (G) dla wszystkich pozycji z wyjątkiem poz.: 9, 14, 15, 16, 17, 21, i 27 jest ceną jednostki za jednego Uczestnika danego działania.
2. W pozycjach 14, 15, 17 i 21 uwzględniono pulę usług z których korzystają/mogą skorzystać wszyscy Uczestnicy, bez przypisywania do poszczególnych Uczestników.
3. W pozycjach, w których założono rozliczenie ryczałtowe (poz. 16 oraz poz. 27) przewidziano działanie stałe przez okres świadczenia usług rehabilitacji kompleksowej w ORKZP a dostęp do usługi mają wszyscy Uczestnicy.
4. Ceny jednostkowe powinny pokrywać wszystkie koszty realizacji danego zadania/usługi, w tym w szczególności koszty personelu, pomieszczeń, wyposażenia, materiałów itp.
5. Godzina lekcyjna=45 minut, Godzina=60 minut.
6. W **pozycji nr 27** „zarządzanie usługą rehabilitacji kompleksowej/monitoring” oraz w **pozycji nr 16** „gabinet pielęgniarski” należy ująć wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia nie wymienione w innych pozycjach. **Kwoty w tych pozycjach nie powinny być wyższe niż 12,5% ceny całkowitej brutto dla każdej z pozycji.**
7. W cenach jednostkowych za poszczególne pozycje/czynności Wykonawca ujmuje wynagrodzenie należne za osiągnięcie wskaźników zatrudnienia,   
   o których mowa w § 2 Umowy (wskaźniki A , B), które stanowi 10% każdej ceny jednostkowej.
8. Ceną oferty jest suma cen brutto poszczególnych pozycji (pozycja cena oferty – VII).

| **Lp.** | **Działanie** | **Minimalna liczba Uczestników** | **Jednostka** | **Średnia liczba jednostek na jednego Uczestnika** | **Liczba jednostek ogółem (C x E)** | **Stawka jednostkowa brutto (PLN)** | **Cena netto** | | | **Cena brutto**  **(F x G)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** | **H** | | | **I** |
|  | **I. Moduł zawodowy (Rozdział 5.2.1. OPZ)** |  |  |  |  |  |  | | |  |
| 1. | Działania aktywizujące - Doradztwo zawodowe – Indywidualne sesje z doradcą zawodowym | 50 | **godzina** | 8 | **400** |  |  | | |  |
| 2. | Obszar działań aktywizujących – Warsztaty funkcjonowania na rynku pracy | 50 | **godzina lekcyjna** | 24 | **1200** |  |  | | |  |
| 3. | Obszar działań aktywizujących - Wyrównywanie deficytów w obszarach edukacyjnym - warsztaty | 6 | **godzina lekcyjna** | 30 | **180** |  |  | | |  |
| 4. | Obszar działań aktywizujących - Wzmocnienie kompetencji w obszarach kluczowych w obszarze informatycznym – szkolenia | 50 | **godzina lekcyjna** | 42 | **2100** |  |  | | |  |
| 5. | Obszar przekwalifikowania zawodowego – Szkolenia zawodowe | 50 | **godzina lekcyjna** | 160 | **8000** |  |  | | |  |
| 6. | Obszar przekwalifikowania zawodowego - Praktyki w miejscu zamieszkania | 50 | **godziny** | 150 | **7500** |  |  | | |  |
| 7. | Obszar pośrednictwo pracy - Spotkania indywidualne z Uczestnikami | 50 | **godzina** | 8 | **400** |  |  | | |  |
| 8. | Obszar pośrednictwo pracy - Badania lekarskie wymagane przed podjęciem szkoleń | 50 | **badanie** | 1 | **50** |  |  | | |  |
| 9. | Obszar pośrednictwo pracy - Działania upowszechniające wśród pracodawców | nd | **spotkanie** | nd | **2** |  |  | | |  |
|  | **II. Moduł psychospołeczny (Rozdział 5.2.2. OPZ)** |  |  |  |  |  | |  |  | |
| 10. | Spotkania indywidualne (podobszar A.1) | 50 | **godzina** | 18 | **900** |  | |  |  | |
| 11. | Warsztaty grupowe (podobszar A.2) | 50 | **godzina lekcyjna** | 30 | **1500** |  | |  |  | |
| 12. | Spotkania indywidualne z członkami rodzin/bliskimi  (podobszar B.1) | 50 | **spotkanie** | 2 | **100** |  | |  |  | |
| 13. | Działania integracyjne dla Uczestników (podobszar B.2) | 50 | **osoba/ impreza** | 3 | **150** |  | |  |  | |
|  | **III. Moduł medyczny (Rozdział 5.2.3. OPZ)** |  |  |  |  |  | |  |  | |
| 14. | Opieka lekarza specjalisty psychiatry w ramach pracy gabinetu lekarskiego | 50 | **godzina** | nd | **456** |  | |  |  | |
| 15. | Opieka lekarza specjalisty rehabilitacji w ramach pracy gabinetu lekarskiego w ORKZP | 50 | **godzina** | nd | **278** |  | |  |  | |
| 16. | Gabinet pielęgniarski | nd | **tydzień** | nd | **32** |  | |  |  | |
| 17. | Rehabilitacja zajęcia indywidualne | 25 | **godzina** | nd | **850** |  | |  |  | |
| 18. | Rehabilitacja zajęcia grupowe | 50 | **godzina** | 30 | **1500** |  | |  |  | |
|  | **IV. Świadczenia opcjonalne (Rozdział 5.2.5. OPZ)** |  |  |  |  |  | |  |  | |
| 19. | Konsultacje specjalistyczne lekarskie | 50 | **konsultacja** | 2 | **100** |  | |  |  | |
| 20. | Inne konsultacje specjalistyczne | 50 | **konsultacja** | 2 | **100** |  | |  |  | |
| 21. | Wsparcie indywidualne uzależnione od potrzeb uczestnika | nd | **godzina** | nd | **150** |  | |  |  | |
|  | **V. Świadczenia towarzyszące (Rozdział 5.2.6. OPZ)** |  |  |  |  |  | |  |  | |
| 22. | Nocleg dla uczestników stacjonarnych | 40 | **osobodzień** | 112 | **4480** |  | |  |  | |
| 23. | Wyżywienie dla uczestników stacjonarnych (śniadanie, obiad kolacja, napoje ciepłe i zimne w trakcie przerw) | 40 | **osobodzień** | 112 | **4480** |  | |  |  | |
| 24. | Wyżywienie dla uczestników niestacjonarnych (obiad, napoje ciepłe i zimne, przekąski w trakcie przerw) | 10 | **osobodzień** | 80 | **800** |  | |  |  | |
| 25. | Zapewnienie noclegu i wyżywienia dla rodzin Uczestników przebywających w ośrodku w trybie stacjonarnym | 40 | **osobodzień** | 2 | **80** |  | |  |  | |
| 26. | Opieka nad dziećmi do lat 12 (noclegi, żłobek/przedszkole, dojazdy, wyżywienie) – założono udział 2 dzieci | 2 | **osobodzień** | 112 | **224** |  | |  |  | |
|  | **VI. Zarządzanie i ewaluacja** |  |  |  |  |  | |  |  | |
| 27. | **Zarządzanie procesem rehabilitacji** (w tym wynagrodzenie: 1 etat kierownik ORKZP, 3 etaty specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją, 1/2 etatu specjalisty ds. obsługi pilotażu i sprawozdawczości oraz 1 sekretarki medycznej, zakup i eksploatacja materiałów związanych z ewidencjonowaniem wsparcia, pozostałe koszty administracyjne, obsługa i przygotowanie szkolenia wstępnego, wyżywienie dla uczestników i trenerów szkolenia wstępnego).  **Monitoring przebiegu wsparcia** - spotkania zespołu rehabilitacyjnego (co dwa tygodnie, nie mniej niż 2 w miesiącu) oraz spotkania konsultacyjne członków zespołu, prowadzenie monitoringu i ewaluacji rehabilitacji kompleksowej, sprawozdawczość zespołu rehabilitacyjnego. W tym wynagrodzenie zespołu rehabilitacyjnego (fizjoterapeuci, doradcy zawodowi, pośrednicy pracy, psychologowie) średnio po ok. 10 godzin na każdego Uczestnika dla każdego modułu.  10 miesięcy - 2 tury po 4 miesiące + 1 miesiąc na praktyki zawodowe i 1 miesiąc wsparcie na etapie zatrudnienia - limit 12,5% kwoty kontraktu | nd | **tydzień** | nd | **40** |  | |  |  | |
|  | **VII. CENA OFERTY:** | | | | | | |  |  | |