Załącznik nr 1c do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTY**

**dla części III zamówienia**

…………………………………………

pieczęć firmowa Wykonawcy

 …………………………………………

data sporządzenia oferty

Ozn. Sprawy: ADM.261.32.2024.JD

**OFERTA**

**Nazwa zamówienia:**

**Przeprowadzenie superwizji dla pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu, z podziałem na 5 części dotyczy Zespołu Środowiskowej Pracy Socjalnej**

**Zamawiający: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu**

 **ul. 3 – go Maja 16; 41-800 Zabrze**

Ilość ponumerowanych zapisanych stron oferty: …………

*Załącznik nr 1c do zapytania ofertowego*

|  |
| --- |
| **OFERTA dla części III zamówienia** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa zamówienia** | **Przeprowadzenie superwizji dla pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu, z podziałem na 5 części****Ozn. Sprawy: ADM.261.32.2024.JD** |
| **Nazwa Zamawiającego** | **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu** |
| **Siedziba Zamawiającego** | **ul. 3 – go Maja 16****41-800 Zabrze** |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Nazwa Wykonawcy/Wykonawców, gdy podmioty ubiegają się wspólnie o udzielenie zamówienia[[1]](#footnote-1)** |  |
| **Adres Wykonawcy** |  |
| **Województwo** |  |
| **Telefon** |  |
| **e-mail (na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję)** |  |
| **NIP, REGON** |  |
| **Miejsce rejestracji działalności Wykonawcy****Wykonawca jest wpisany do KRS[[2]](#footnote-2)****Wykonawca jest wpisany do CEIDG****Wykonawca jest osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej****Status innego rodzaju……………………………** |  |
| **Osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia (imię, nazwisko, stanowisko)** |  |

Zobowiązuję się do wykonania w/w zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami
i warunkami określonymi w ogłoszeniu.

1. Cena.

Cena za zrealizowanie 1 godziny superwizji

............................ zł brutto,

MAKSYMALNA WARTOŚĆ UMOWY

(cena 1 godziny x 16 godziny superwizji)

................................... Wartość brutto

1. Doświadczenie zawodowe osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia: ………………. lat pracy w zawodzie pracownika socjalnego.

 Proszę podać łączny staż pracy w zawodzie pracownika socjalnego W przypadku nie posiadania doświadczenia w zakresie określonym w pkt 2 należy wpisać 0.

Zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania Wykonawcy do przedłożenia dokumentacji potwierdzającej wykazany staż pracy.

1. Oświadczam, że:
2. Oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia,
3. Zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
4. Zaoferowana cena pozostanie niezmieniona przez cały okres realizacji zamówienia,
5. Jestem w stanie, na podstawie przedstawionych mi materiałów, zrealizować przedmiot zamówienia,
6. Uzyskałem konieczne informacje niezbędne do właściwego wykonania zamówienia,
7. Termin związania niniejszą ofertą obejmuje okres wskazany w zapytaniu ofertowym,
8. Przewiduję powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia w części …………………………………………………………………………\* (wykreślić, jeżeli nie dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez podwykonawcę oraz nazwy i dane adresowe podwykonawcy/ów |
| 1. |  |
| (..) |  |

Nie przewiduję powierzenia podwykonawcom realizacji zamówienia.\*

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 (RODO) 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 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego.\*\*
2. Oświadczam, iż należę do sektora (zaznaczyć właściwą opcję):

☐ Mikro przedsiębiorców

☐ Małych przedsiębiorstw

☐ Średnich przedsiębiorstw

☐ prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą,

☐ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

☐ inny ……………………………………………

(właściwe zaznaczyć x)

*W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.*

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR*

1. Jako osoba prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą (niewłaściwe wykreślić):

- zatrudniam/nie zatrudniam\* pracowników,

- zawieram/nie zawieram\* umów zleceń ze zleceniobiorcami.

1. Wraz z ofertą SKŁADAMY następujące oświadczenia i dokumenty:

- ………………….

- …………………..

**INFORMACJE DODATKOWE:**

Dane niezbędne do zawarcia umowy w przypadku dokonania wyboru niniejszej oferty:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Osoba/y zawierająca/e umowę w imieniu Wykonawcy | Imię i nazwisko (ewentualne stanowisko) |
|  |
| 2. | Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym w sprawie realizacji umowy | Imię i nazwisko | tel./faks | e-mail |
|  |  |  |

DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM

LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM

*Informacja dla Wykonawcy:*

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

\* niepotrzebne skreślić

\*\* 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 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

**Zamawiający:**

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE W ZABRZU,

UL. 3-GO MAJA 16, 41-800 ZABRZE

**Wykonawca:**

…………………………...

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG),

reprezentowany przez:

…………………………..

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Przeprowadzenie superwizji dla pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu, z podziałem na 5 części** (nazwa postępowania),

Dotyczy: części III

* 1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z udziału w postępowaniu w zakresie wskazanym w zapytaniu ofertowym oraz załączniku nr 3c
	2. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu w zakresie wskazanym w zapytaniu ofertowym oraz załączniku nr 3c

Każdy z Wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia jest zobowiązany złożyć oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu i braku podstaw do wykluczenia, jeżeli są wymagane w zapytaniu ofertowym.

*Załącznik nr 3c do zapytania ofertowego*

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dla części III zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie superwizji dla pracowników Zespołu Środowiskowej Pracy Socjalnej. Podejmowane przez pracowników środowiskowych działania wymagają regularnego omówienia, badania skuteczności i zasadności podejmowanej pracy oraz pokonywania osobistych problemów i ograniczeń pojawiających się w pracy z klientem. W trakcie superwizji zostanie zawarty kontrakt superwizyjny. Celem superwizji będzie podniesienie kompetencji zawodowych, wyznaczanie kierunków pracy z klientem oraz rozwój własnych kompetencji psychospołecznych wykorzystywanych w pracy

Przewidziany termin realizacji: od dnia podpisania umowy do 30.11.2024 r.

Ilość zajęć: Łącznie 16 godzin superwizji (4 x 4h)

Przez 1 godzinę superwizji Zamawiający rozumie 60 minut.

Superwizje muszą być przeprowadzone w kilku spotkaniach. Jedno spotkanie nie może przekroczyć 4 godzin.

Miejsce realizacji: siedziba MOPR, ul. 3-go Maja 16, 41-800 Zabrze; szczegółowe terminy i godziny zajęć ustalane będą z Panem Przemysławem Walaszczykiem – Kierownikiem Działu Pomocy Środowiskowej.

Liczba osób uczestniczących w jednym spotkaniu: ok. 12 osób

Przy ustalaniu wartości usługi prosimy o podanie całkowitej ceny usługi brutto zgodnie z formularzem stanowiącym załącznik nr 1c do niniejszego zapytania.

Wartość usługi określona w ofercie powinna zawierać wszystkie ewentualne składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz należny podatek. W przypadku powstania obowiązku opłacania składek Zamawiający wypłaci kwotę wynagrodzenia pomniejszoną o wartość tych składek.

Zamawiający dopuszcza płatność częściową na podstawie dostarczonych faktur VAT/ rachunków. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć faktury VAT/ rachunki zgodne pod względem ilościowym i jakościowym z wykonaną usługą. Płatność nastąpi po pozytywnym zweryfikowaniu faktury/rachunku. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek różnic płatność zostanie wstrzymana do momentu wyjaśnienia nieprawidłowości.

**Wymagania:**

1. Posiadanie Certyfikatu Superwizora Pracy Socjalnej – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2016 r. w sprawie superwizji pracy socjalnej. Na potwierdzenie spełniania w/w wymogu należy złożyć wraz z ofertą kserokopię Certyfikatu Superwizora Pracy Socjalnej.
2. Wykonawca nie może być pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu.
3. Na potwierdzenie spełniania w/w wymogów na wezwanie Zamawiającego należy złożyć kserokopię dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych oraz zaświadczenia lub certyfikaty potwierdzające posiadanie uprawnień oraz dokumenty na potwierdzenie doświadczenia zawodowego.
4. Wykonawca nie może być pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu.

Nie spełnienie powyższych wymagań spowoduje odrzucenie oferty.

*Dodatkowo oceniany będzie staż pracy w zawodzie pracownika socjalnego.*

**Program**

Zajęcia superwizyjne swoim zakresem będą obejmować:

1. Doskonalenie umiejętności zawodowych,
2. Wsparcie w pokonywaniu psychologicznych trudności w pracy z klientem, rodziną, we współpracy w zespole pracowniczym,
3. Wykorzystanie doświadczeń zawodowych współpracowników i innych specjalistów zaangażowanych w pomoc,
4. Wzmacnianie umiejętności komunikowania się pracowników socjalnych z osobami korzystającymi z pomocy społecznej, współpracownikami i instytucjami oraz otoczeniem, w którym wykonują pracę
5. Funkcję kontrolno – korekcyjną,
6. Superwizję pracy własnej.

**Zamawiający przy wyborze oferty będzie kierował się ceną oraz doświadczeniem osoby wyznaczonej do przeprowadzenia superwizji, które należy wykazać w załączniku nr 1c (formularz oferty)**

Na żądanie zamawiającego należy złożyć dokumenty potwerdzające kwalifikacje, staż pracy oraz doświadczenie.

W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy jest niemożliwe, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, np. z uwagi na sytuację nadzwyczajną, w tym m.in. epidemię, zamawiający może odstąpić od realizacji umowy lub części umowy:

a. bez ponoszenia dodatkowych kosztów,

b. bez możliwości naliczania kar umownych przez wykonawcę,

c. bez prawa dochodzenia przez wykonawcę jakichkolwiek roszczeń na drodze sądowej.

W wyjątkowych sytuacją, po uzyskaniu zgody zamawiającego dopuszcza się, aby superwizje były przeprowadzone poprzez transmisję on-line. Aplikacje do transmisji online powinny być bezpłatne, w przypadku wykorzystania aplikacji płatnej, koszty ponosi Wykonawca. Wybór aplikacji musi być uzgodniony z Zamawiającym.

1. Każdy z Wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia jest zobowiązany złożyć oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu i braku podstaw do wykluczenia, jeżeli są wymagane w zapytaniu ofertowym. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-2)