

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Załącznik 1 Formularz ofertowy do Zapytania ofertowego OPS.221.16.2017.MRK

O F E R T A

I. ZAMAWIAJĄCY

Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Leopolda Lisa Kuli 3A

05-270 Marki

NIP: 1250858724

REGON: 002006716

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Wybór jednego Wykonawcy na stanowisko pracownika socjalnego świadczącego pracę na rzecz mieszkańców/uczestników projektu mieszkania chronionego prowadzonego w ramach projektu RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2. Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1. Zwiększenie dostępności usług społecznych.

III. WYKONAWCA

Nazwa/imię i nazwisko Wykonawcy	
Pełen adres Wykonawcy	
Numer telefonu	
NIP/PESEL	
REGON	
Numer Faxu	
Adres e-mail	
Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

IV. OFERTA CENOWA

Oferta cenowa realizacji zadania wskazanego w opisie przedmiotu zamówienia wynosi*
(należy wypełnić tylko wiersze w zakresie wybranej części zamówienia)

Element przedmiotu zamówienia	j.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto PLN	Wartość podatku VAT	Cena jednostkowa brutto (4+5)	Wartość netto PLN (3x4)	Wartość brutto PLN (3x6)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Świadczenie usług przez pracownika socjalnego na rzecz mieszkańców mieszkania chronionego	godzina	760					

Oferta cenowa realizacji zadania wskazanego w opisie przedmiotu zamówienia wynosi:

Łączna wartość zamówienia wynosi:

- i. Cena Netto _____, słownie: _____;
 ii. VAT _____, słownie: _____;
 iii. Cena Brutto _____, słownie: _____.

V. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w Zapytaniu ofertowym i akceptuję powyższe wymagania oraz nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że :
 - Posiadam wykształcenie zgodne z wymaganiami określonymi w art. 116 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2016 r. poz. 930) tj.
 - dypłom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych lub
 - dypłom ukończenia studiów wyższych na kierunku praca socjalna lub
 - dypłom ukończenia do dnia 31.12.2013r. studiów wyższych o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie.
 - Posiadam odpowiednią wiedzę i doświadczenie umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia tj. znajomość regulacji prawnych z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, pomocy społecznej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie, ustawy o świadczeniach rodzinnych, funduszu alimentacyjnego, przeciwdziałania alkoholizmowi, przeciwdziałania narkomanii, kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, kodeksu postępowania administracyjnego, świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
 - Posiadam obywatelstwo polskie.
 - Posiadam doświadczenie na stanowisku pracownika socjalnego.
 - Nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie.
 - Posiadam stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie na określonym stanowisku.

Projekt „RODZINA RELACJA REINTEGRACJA. Innowacyjny model usług społecznych”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

7. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych,
8. W cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

(miejsowość, data)

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy)