A.262.1.2024 Załącznik Nr 1a do SWZ

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa (firma) wykonawcy / wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

…………………………………………………………………………………………………

Adres wykonawcy / wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

…………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji

…………………………………………………………………………………………………

adres e-mail, numer telefonu

…………………………………………………………………………………………………

NIP lub REGON lub PESEL

**Szczegółowy formularz cenowy**

**Świadczenie usług opieki wytchnieniowej na rzecz podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim w 2024 r.**

Nawiązując postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na poniższych warunkach i za określone niżej kwoty:

1. **Szczegółowe ceny za wykonanie przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cena oferowana za świadczenie **1 godziny** usług opieki wytchnieniowej przez Wykonawcę, w tym: | Cena netto: | …………... zł | |
| VAT: | …………... % | |
| Cena brutto: | …………... zł | |
| Cena brutto słownie: | ……………..……………………... zł | |
|  | Wynagrodzenie brutto opiekuna wraz z kosztami pracy za **1 godziny** usługi | Cena netto: | …………... zł | |
| VAT: | …………... % | |
| Cena brutto: | …………... zł | |
| Cena brutto słownie: | ……………..……………………... zł | |
|  | Koszty administracyjne Wykonawcy obsługi **1 godziny** świadczeniu usług opieki wytchnieniowej | Cena netto: | …………... zł | |
| VAT: | …………... % | |
| Cena brutto: | …………... zł | |
| Cena brutto słownie: | ……………..……………………... zł | |
|  | Cena oferowana za świadczenie **11 107,6 godzin** usług opieki wytchnieniowej przez Wykonawcę, w tym: | Cena netto: | | …………... zł |
| VAT: | | …………... % |
| Cena brutto: | | …………... zł |
| Cena brutto słownie: | | ……………..……………………... zł |
|  | Wynagrodzenie brutto opiekunów wraz z kosztami pracy za **11 107,6 godzin** usługi opieki wytchnieniowej | Cena netto: | | …………... zł |
| VAT: | | …………... % |
| Cena brutto: | | …………... zł |
| Cena brutto słownie: | | ……………..……………………... zł |
|  | Koszty administracyjne Wykonawcy obsługi **11 107,6 godzin** świadczenia usług opieki wytchnieniowej | Cena netto: | | …………... zł |
| VAT: | | …………... % |
| Cena brutto: | | …………... zł |
| Cena brutto słownie: | | ……………..……………………... zł |

1. Oświadczam, ze zobowiązuję się do zatrudnienia ……..….. \* osób bezrobotnych do realizacji usług opieki wytchnieniowej przez cały okres realizacji zamówienia.

\*proszę wpisać liczbę osób bezrobotnych

**Uwaga  
Formularz należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu składającego ten dokument.**