

Znak sprawy: MGOPS.ZP.26.9.1.2022

Bobolice, 2022-05-11

(miejscowość, data)

**Zamawiający:**

Gmina Bobolice, Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bobolicach

**Dane do faktury/rachunku:**

Gmina Bobolice

NIP: 4990441187

**Płatnik:**

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bobolicach

ul. Jedności Narodowej 13, 76-020 Bobolice

**Dodatkowych informacji udziela:**

Angelika Nowak

Imię i nazwisko pracownika ds. zamówień publicznych

Numer telefonu: 94 3187595

e-mail do kontaktu: mgops@bobolice.pl

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

.....  
Dokładna nazwa i adres Wykonawcy

Zamawiający zaprasza do złożenia ofert na:

**Zapewnienie całodobowej opieki 9 dorosłym niepełnosprawnym osobom, mieszkańcom Gminy Bobolice. Usługi realizowane będą w ramach wsparcia finansowego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.**

(Nazwa przedmiotu zamówienia)

**1. Opis przedmiotu zamówienia**

Usługa opieki wytchnieniowej ma być świadczona w ramach pobytu całodobowego dla 9 osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym w placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody, która w tym czasie zapewni opiekę w/w osobom, w zastępstwie ich opiekuna faktycznego wraz z wyżywieniem odpowiednim do ich potrzeb w łącznym wymiarze nie przekraczającym 126 dni dla wszystkich uczestników.

Limit dni usługi opieki wytchnieniowej świadczonych w ramach pobytu całodobowego dla jednej osoby w ośrodku/placówce nie może przekroczyć 14 dni

**Zakres usługi i miejsce ich świadczenia:**

- usługi opiekuńcze zapewniające:

- a) udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, w miarę potrzeby pomocy w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu
- b) pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby,
- c) podawanie leków,
- d) opiekę higieniczną,

- e) niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych,
  - f) kontakty z otoczeniem,
  - g) pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych,
  - h) zapewnienie rehabilitacji,
  - i) organizację czasu wolnego
- usługi bytowe zapewniające:
- a) miejsce pobytu – budynek i jego otoczenie bez barier architektonicznych,
  - b) wyżywienie tj. śniadanie, obiad, kolacja,
  - c) utrzymanie czystości pomieszczeń
  - d) pozostałe wymagania zgodnie z obowiązującymi standardami, określonymi w art. 68 ust. 4, 4a, 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej.

Do zadań Wykonawcy należeć będzie:

- a) zapewnienie pobytu w placówce świadczącej usługi zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym,
- b) zapewnienia całodobowego wyżywienia w każdym dniu pobytu uczestnika obejmującego: śniadania, obiady, kolacje, napoje oraz drobne przekąski między posiłkami. Wszystkie posiłki powinny uwzględniać zalecenia lekarskie odpowiednio dla każdego uczestnika korzystającego ze świadczeń w ramach opieki wytchnieniowej.

Wykonawca zobowiązuje się do:

- a) zapewnienia personelu do wykonania czynności określonych w zakresie zamówienia, posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania zawodu lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego, rehabilitanta lub fizjoterapeuty, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, opiekuna medycznego albo osoby posiadające udokumentowane co najmniej 2 – letnie doświadczenie zawodowe polegające na świadczeniu usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy,
- b) zapewnienia terapii zajęciowej zgodnie z potrzebami uczestników,
- c) podnoszenie sprawności i aktywizowanie uczestników,
- d) zapewnienia bezpiecznych warunków pobytu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- e) prowadzenia pełnej dokumentacji tj. karty realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022,
- f) rozliczenia ponoszonych kosztów związanych bezpośrednio z realizacją usługi opieki wytchnieniowej – zgodnie z kwalifikacją kosztów Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022,
- g) przekazywania informacji o stanie zdrowia uczestników tylko osobom upoważnionym,
- h) ponoszenia odpowiedzialności za osoby oraz personel świadczący usług, mające kwalifikacje i przeszkolenie zgodnie z obowiązującymi przepisami, które mają spełniać wymagania zdrowotne i higieniczne niezbędne do pracy z osobą niepełnosprawną.

Wykonawca oświadcza, że posiada kwalifikacje i doświadczenie do wykonania usługi opieki wytchnieniowej oraz zobowiązuje się wykonać ją ze szczególną starannością.

Usługa będzie świadczona w miejscu świadczenia usług przez Wykonawcę.

## 2. Miejsce i termin składania ofert

Termin składania oferty upływa w dniu **25.05.2022 r. o godzinie 12.00**. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w siedzibie Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bobolicach, ul. Jedności Narodowej 13, 76-020 Bobolice (w godzinach 7:00-15:00), przesłać pocztą tradycyjną na jego adres lub przesłać drogą e-mail na adres: [mgops@bobolice.pl](mailto:mgops@bobolice.pl). Decyduje data wpływu oferty do siedziby Zleceniodawcy. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

## 3. Termin wykonania zamówienia

Usługi będą świadczone w okresie od 01.07.2022 r. do 30.11.2022 r.

Wymiar usług w okresie świadczenia dla 9 osób łącznie wynosi 126 dni.

## 4. Opis sposobu przygotowania oferty

- a. Ofertę należy sporządzić w języku polskim, w formie pisemnej, na formularzu ofertowym - według załącznika nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego.
- b. Treść oferty musi odpowiadać treści zapytania ofertowego. Złożenie oferty niezgodnej z prawem lub zapytaniem ofertowym spowoduje jej odrzucenie.
- c. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
- d. Oferta powinna zostać podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy.
- e. Cena oferty powinna być wyrażona słownie oraz cyfrowo w kwocie netto oraz brutto, w PLN, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
- f. Oferty składane po terminie nie będą rozpatrywane.
- g. Wykonawca określa cenę ofertową zamówienia poprzez wskazanie ceny netto i ceny brutto za dobę świadczenia usługi.
- h. Proponowana cena musi uwzględniać wszystkie zobowiązania, obejmować wszystkie koszty i składniki związane z realizacją zamówienia. Cena nie ulegnie zmianie przez cały okres świadczenia usługi.
- i. Zamawiający zastrzega sobie prawo do niewybrania żadnego Wykonawcy bez podania przyczyn.
- j. Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania szczegółowych informacji i wyjaśnień od Wykonawców, dotyczących wszystkich elementów złożonej oferty, w tym złożonych oświadczeń i dokumentów.

### **Warunkiem koniecznym udziału w postępowaniu jest:**

- dołączenie do oferty aktualnej Decyzji Wojewody o zezwoleniu podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę.
- dołączenie do oferty wykazu zabiegów rehabilitacyjnych świadczonych dla uczestników w ramach całodobowego pobytu opieki wytnieniowej.

## 5. Opis kryteriów oceny ofert, ich znaczenie i sposób oceny

### **1. Cena (maksymalne wynagrodzenie całkowite): 85%**

W niniejszym kryterium Zamawiający przyzna punkty ofercie proporcjonalnie do wysokości kwoty całkowitego maksymalnego wynagrodzenia. Wykonawca może otrzymać w tym kryterium maksymalnie: 85 pkt.

Punktacja zostanie wyliczona według wzoru:

(Oferta z najniższą ceną : Cena oferty badanej) x 85% x 100 = liczba punktów.

**2. Odległość od siedziby Zamawiającego: 15%**

- do 150 km – 15 pkt,
- od 151 km – 300 km – 10 pkt
- powyżej 301 km – 5 pkt

W przypadku ofert o jednakowej ilości punktów pod uwagę brane będą usługi rehabilitacyjne świadczone w ramach całodobowego pobytu.

Sporządził: Angelika Nowak

INSPEKTOR  
ds. Świadczeń

Angelika Nowak

.....  
Podpis pracownika ds. zamówień publicznych

KIEROWNIK  
Miejsko-Gminnego Ośrodka  
Pomocy Społecznej w Białolicach

Zatwierdził:.....

.....  
Podpis i pieczęć Kierownik

Załączniki:

- załącznik nr 1 -oferta,
- załącznik nr 2 wzór umowy

## OFERTA

.....  
Nazwa Wykonawcy

.....  
Adres Wykonawcy

.....  
NIP

.....  
REGON

.....  
Nr rachunku bankowego

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia

**Zapewnienie całodobowej opieki 9 dorosłym niepełnosprawnym osobom, mieszkańcom Gminy Bobolice. Usługi realizowane będą w ramach wsparcia finansowego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.**

Cena za 1 dobę świadczenia usługi:

Cenę netto.....zł (słownie:.....)

Podatek VAT.....zł (słownie:.....)

Cenę brutto.....zł (słownie:.....)

2. Oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w zapytaniu ofertowym:

-termin wykonania zamówienia\*.....

-termin płatności\*.....

-warunki gwarancji\*.....

-inne warunki realizacji zamówienia\*.....

3. Oświadczenie:

1) zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz akceptuję warunki w nim zawarte;

2) w przypadku udzielenia mi zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

3) posiadamy kwalifikacje i doświadczenie do wykonania usługi opieki wytchnieniowej oraz zobowiązuje się wykonać ją ze szczególną starannością

4) spełniam warunki dotyczące posiadania kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów (w załączeniu przekazuje wyciąg z rejestru właściwego wojewody).

5) do oferty dołączam wykaz zabiegów rehabilitacyjnych świadczonych dla uczestników w ramach całodobowego pobytu opieki wytchnieniowej.

.....  
Data, podpis i pieczęć Wykonawcy lub osoby upoważnionej

\* wpisać właściwe

- załącznik nr 1 obowiązek informacyjny,

- załącznik nr 2 zgoda na przetwarzanie danych osobowych

.....  
Bobolice, .....  
/imię i nazwisko/  
.....  
/adres /

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz. U. UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.) – dalej zwane, jako „RODO” informuję, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych jest Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bobolicach z siedzibą przy ul. Jedności Narodowej 13 w Bobolicach, 76-020 Bobolice tel.: 94 31 87 595, adres e-mail: mgops@bobolice.pl

2) Administrator wyznaczył Macieja Klimkowskiego jako Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem nr tel. 609025352, adresu email: iodo.mgops@bobolice.pl lub pisemnie na adres Administratora wskazany w punkcie 1.

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego nr MGOPS.ZP.26.9.1.2022 z dnia 2022-05-11pn.: **Zapewnienie całodobowej opieki 9 dorosłym niepełnosprawnym osobom, mieszkańcom Gminy Bobolice. Usługi realizowane będą w ramach wsparcia finansowego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej** prowadzonym zgodnie z Regulaminem udzielania zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej kwoty 130 000 złotych netto wprowadzonym Zarządzeniem nr 80/2021 Kierownika Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bobolicach.

4) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 78 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.– Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.) przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy, po tym czasie.

5) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.

6) Pani/Pana dane osobowych nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

7) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- d) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).

8) Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp.

9) Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

.....

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia na zakup usług pt.: „Zapewnienie całodobowej opieki 9 dorosłym niepełnosprawnym osobom, mieszkańcom Gminy Bobolice. Usługi realizowane będą w ramach wsparcie finansowego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytechnieniowa” – edycja 2022, Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej oraz w razie wyboru na Wykonawcę do podpisania i realizacji umowy na ww. zadanie.

**Zostałam/em pouczone/a/y** o prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, co pozostanie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Pożądanie przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne – jednak ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości oceny i porównania złożonej oferty na przedmiotowe zamówienie.

.....  
/czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę/

**WZÓR**

**UMOWA NR .....**

zawarta w dniu ..... r. w Bobolicach pomiędzy:

Miejsko – Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Bobolicach, ul. Jedności Narodowej 13,  
76-020 Bobolice w imieniu której działa:

**Jolanta Stępień – Kierownik**

przy kontrasygnacie **Głównego Księgowego Moniki Stańko**

zwaną w dalszej części niniejszej umowy „ZAMAWIAJĄCYM”,

a

..... reprezentowana przez .....

z siedzibą: ....., NIP: ..... REGON: .....

zwanym w dalszej części umowy „WYKONAWCĄ”

o następującej treści:

**§ 1.1. Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot umowy polegający na „Zapewnieniu całodobowej opieki 9 dorosłym niepełnosprawnym osobom, mieszkańcom Gminy Bobolice. Usługi realizowane będą w ramach wsparcia finansowego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2022 Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.**

2. Świadczeniobiorcami będą osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniami równoważnymi.

3. Pobyt świadczony będzie całodobowo przez okres do 14 kolejnych dni kalendarzowych dla jednego świadczeniobiorcy.

4. Łączna maksymalna ilość całodobowej opieki dla 9 osób łącznie – 126 dni.

5. Świadczeniobiorcy będą zaopatrzeni na okres całego pobytu w niezbędne leki, w tym harmonogram ich zażywania, stosowane środki higieniczne i pielęgnacyjne, sprzęt ortopedyczny oraz rzeczy osobiste tj. np. odzież, bieliznę, obuwie.

6. Sposób świadczenia opieki powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości świadczeniobiorcy.

7. Zamówienie obejmuje realizację usługi opieki wytnieniowej w ramach pobytu całodobowego dla 9 niepełnosprawnych osób, mieszkańców Gminy Bobolice w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym.

7.1. Zakres zamówienia:

- usługi opiekuńcze zapewniające:

a) udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, w miarę potrzeby pomocy w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu

b) pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby,

c) podawanie leków,

d) opiekę higieniczną,

e) niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych,

f) kontakty z otoczeniem,

g) pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych,

h) zapewnienie rehabilitacji,

i) organizację czasu wolnego.

- usługi bytowe zapewniające:

a) miejsce pobytu – budynek i jego otoczenie bez barier architektonicznych,

b) wyżywienie tj. śniadanie, obiad, kolacja,

c) utrzymanie czystości pomieszczeń



d) pozostałe wymagania zgodnie z obowiązującymi standardami, określonymi w art. 68 ust. 4, 4a, 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej.

7.2. Do zadań Wykonawcy należeć będzie:

- a) zapewnienie pobytu w placówce świadczącej usługi zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku,
- b) zapewnienie całodobowego wyżywienia w każdym dniu pobytu uczestnika obejmującego: śniadania, obiady, kolacje, napoje oraz drobne przekąski między posiłkami. Wszystkie posiłki powinny uwzględniać zalecenia lekarskie odpowiednio dla każdego uczestnika korzystającego ze świadczeń w ramach opieki wytchnieniowej.

7.3. Wykonawca zobowiązuje się do:

- a) zapewnienia personelu do wykonania czynności określonych w zakresie zamówienia, posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania zawodu lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego, rehabilitanta lub fizjoterapeuty, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, opiekuna medycznego albo osoby posiadające udokumentowane co najmniej 2 – letnie doświadczenie zawodowe polegające na świadczeniu usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy,
- b) zapewnienia terapii zajęciowej zgodnie z potrzebami uczestników,
- c) podnoszenie sprawności i aktywizowanie uczestników,
- d) zapewnienia bezpiecznych warunków pobytu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- e) prowadzenia pełnej dokumentacji tj. karty realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022,
- f) rozliczenia ponoszonych kosztów związanych bezpośrednio z realizacją usługi opieki wytchnieniowej – zgodnie z kwalifikacją kosztów Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022,
- g) przekazywania informacji o stanie zdrowia uczestników tylko osobom upoważnionym,
- h) ponoszenia odpowiedzialności za osoby oraz personel świadczący usług, mające kwalifikacje i przeszkolenie zgodnie z obowiązującymi przepisami, które mają spełniać wymagania zdrowotne i higieniczne niezbędne do pracy z osobą niepełnosprawną.

7.4 Wykonawca oświadcza, że posiada kwalifikacje i doświadczenie do wykonania usługi opieki wytchnieniowej oraz zobowiązuje się wykonać ją ze szczególną starannością.

7.5 Usługa będzie świadczona w miejscu świadczenia usług przez Wykonawcę.

**Podstawą stanowiącą przedmiot umowy jest uzgodniona przez strony oferta Wykonawcy stanowiąca integralną część niniejszej umowy.**

**§ 2. Wykonawca** oświadcza, że otrzymał zezwolenie właściwego wojewody na prowadzenie placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku i figuruje w rejestrze ww. placówek prowadzonych przez wojewodę.

**§ 3.1. Wykonawca** gwarantuje, że nie dopuści do wykonywania usług przez osoby bez aktualnego zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na wskazanym stanowisku wydanego przez lekarza medycyny pracy oraz aktualnego orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.

2. **Wykonawca** zobowiązuje się do wyposażenia osób wykonujących usługi w środki ochrony osobistej lub w zalecone przez lekarza wzmożone środki ochrony osobistej.

3. **Wykonawca** zobowiązuje się wykonywać czynności objęte przedmiotem umowy z należytą starannością, czuwać nad ich prawidłową realizacją.

4. **Wykonawca** oświadcza, że znane mu są przepisy i zasady bhp w zakresie zleconych czynności oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania realizując przedmiotowe zlecenie.

5. Zasady przetwarzania danych osobowych związane z wykonaniem przedmiotu umowy reguluje oddzielna umowa dotycząca powierzenia ochrony danych osobowych.

6. **Wykonawca** odpowiada w całości za realizację obowiązku, o którym mowa w § 3 pkt. 3, w szczególności za poinformowanie o nich swoich pracowników oraz za wyciągnięcie konsekwencji w przypadku ich łamania.

7. Sposób świadczenia usługi powinien uwzględniać także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, poszanowania, intymności i poczucia bezpieczeństwa.

§ 4.1. Warunkiem rozpoczęcia świadczenia opieki będzie otrzymanie przez Wykonawcę „Skierowania do objęcia opieką wytnieniową realizowaną w ośrodku całodobowego pobytu w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2022 – którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

2. Przyjęcia będą odbywać się w godzinach od 8:00 – 12:00, natomiast zakończenia pobytu świadczeniobiorców będą odbywać się w godz. 14:00 – 18:30.

§ 5.1. Wykonawca będzie dokumentował wykonanie usługi poprzez prowadzenie **Karty Realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2022** załącznik nr 9 do Programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2022 stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej umowy. Kartę należy prowadzić ma bieżąco, w formie papierowej, czytelnie.

2. **Wykonawca** jest zobowiązany niezwłocznie informować Zamawiającego o każdej zmianie mającej wpływ na realizację przedmiotu umowy.

3. **Wykonawca** zobowiązuje się współpracować z pracownikami MGOPS w Bobolicach poprzez wymianę informacji dotyczącą wszelkich zdarzeń mających wpływ na realizację niniejszej umowy.

4. Osobami upoważnionymi do kontaktu są:

a) w imieniu Zamawiającego:

b) w imieniu Wykonawcy:.

5. Korespondencja pomiędzy stronami powinna być realizowana z zachowaniem formy pisemnej:

a) dostarczana bezpośrednio do siedziby MGOPS, ul. Jedności Narodowej 13, 76-020 Bobolice,

b) za pomocą faxu nr: 94 318 75 95

c) w formie elektronicznej na adres email: [mgops@bobolice.pl](mailto:mgops@bobolice.pl)

§ 6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do kontroli w każdym czasie w zakresie realizacji świadczonej usługi opieki. W przypadku stwierdzenia, że usługa opieki jest nienależycie wykonywana, Zamawiający stosuje kary umowne, o których mowa w § 14.

§ 7.1. Ustala się stawkę za wykonanie usługi opieki za jedną dobę opieki całodobowej przez Wykonawcę:

.....

2. Ustala się, że stawka, o której mowa w § 7 pkt. 1 obowiązywać będzie przez cały czas trwania umowy.

3. Całkowita wartość umowy stanowi iloczyn faktycznie zrealizowanych dni usługi opieki całodobowej i stawki, o której mowa w § 7 pkt. 1.

§ 8.1. Rozliczenie za usługę będzie odbywać się na podstawie prawidłowo wystawionej faktury (rachunku) po zakończeniu pobytu każdego świadczeniobiorcy.

2. Do każdej faktury (rachunku) Wykonawca zobowiązany jest dołączyć oryginał Karty realizacji programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2022 – załącznik nr 9 do Programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2022 stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej umowy.

3. Wykonawca przedłoży Zamawiającemu dokumenty, o których mowa w § 8 pkt. 1 i 2 w terminie do 5 dni po wykonaniu usługi.

4. Podstawą do rozliczenia usługi będzie przedłożenie kompletu dokumentów, o których mowa w § 8 pkt 1 i 2 i w terminie określonych w § 8 pkt 3.

§ 9.1. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni po przyjęciu prawidłowo wystawionej faktury (rachunku), na rachunek bankowy Wykonawcy, przy czym za dzień spełnienia świadczenia pieniężnego uważać się będzie dzień złożenia polecenia przelewu w banku Zamawiającego.

2. Strony postanawiają, że zapłata za wykonanie przedmiotu umowy nastąpi po przedłożeniu faktury wystawionej zgodnie z poniższym zapisem:

**Nabywca:** Gmina Bobolice NIP 4990441187

**Platnik :** Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bobolicach, ul. Jedności Narodowej 13, 76-020 Bobolice

3. Faktura płatna będzie przez **Zamawiającego** z jego rachunku bankowego w formie przelewu, na numer rachunku 45 8566 1042 0501 3816 2004 0005

4. Zleceniobiorca oświadcza, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany na fakturze, która będzie wystawiona w jego imieniu, jest rachunkiem, dla którego zgodnie z Rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe prowadzony jest rachunek VAT.

§ 10.1. Zamawiającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy ze skutkiem natychmiastowym przed upływem terminu, na jaki została zawarta w sytuacji wadliwego jej wykonywania przez Wykonawcę. Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy może być skierowane po uprzednim, pisemnym wezwaniu do usunięcia uchybień.

2. Stronom umowy przysługuje prawo zakończenia umowy przed terminem na jaki została zawarta, o którym mowa w § 11, na podstawie zgodnych oświadczeń woli i odrębnego pisemnego porozumienia.

3. W przypadku wypowiedzenia umowy z ważnych powodów, inne niż określone w pkt. 1, okres wypowiedzenia wynosi 1 miesiąc na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 11. Umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od 01.07.2022 r. do 30.11.2022 r.

§ 12. Wszelkie zmiany w treści umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13. Wykonawca nie może powierzyć wykonania zobowiązań wynikających w niniejszej umowie innemu podmiotowi bez pisemnej zgody Zamawiającego.

§ 14.1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania przedmiotu umowy lub jego części określonej w § 1 strony mają prawo zastosować kary umowne.

2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość dochodzenia od Wykonawcy kar umownych w następujących przypadkach:

a) odstąpienia przez Zamawiającego od umowy z przyczyn dotyczących Wykonawcy, a także wypowiedzenia przez Zamawiającego umowy ze skutkiem natychmiastowym – w wysokości 2 000 zł,

b) stwierdzenia przez Zamawiającego nieterminowości przyjęcia osoby na pobyt w ramach usługi wytnieniowej, w wysokości stanowiącej równowartość kwoty, o której mowa w § 7 pkt. 1 za każdy dzień zwłoki.

c) wypowiedzenia umowy przez Wykonawcę przed terminem, na jaki została zawarta, bez zaistnienia ważnych powodów – w wysokości 2 000 zł

3. O podstawie naliczenia oraz wysokości kar umownych Zamawiający poinformuje Wykonawcę na piśmie w terminie 14 dni od daty stwierdzenia nieprawidłowości.

4. Strony zgodnie postanawiają, że Zamawiający dokona potrącenia wymagalnych kar umownych w kwotę należnego Wykonawcy wynagrodzenia bez składania odrębnego oświadczenia woli.

5. Zamawiający zastrzega sobie możliwość dochodzenia odszkodowania przekraczającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.

§ 15.1. W sprawach spornych strony podejmą postępowanie polubowne, a w przypadku nie dojścia do porozumienia poddadzą się orzecznictwu sądu miejscowego ze względu na siedzibę **Zamawiającego**.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz właściwe przepisy odnoszące się do przedmiotu niniejszej umowy.

3. Wszelkie zmiany, uzupełnienia niniejszej umowy, jej rozwiązania, złożenia oświadczenia o odstąpieniu – wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach – jeden egzemplarz dla Wykonawcy i jeden egzemplarz dla Zamawiającego.

#### **Załączniki do umowy:**

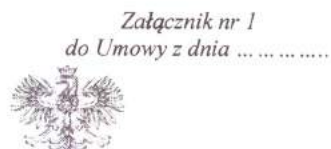
1. Załącznik nr 1 – Skierowanie do objęcia opieką wytnieniową realizowaną w ośrodku całodobowego pobytu w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2022.

2. Załącznik nr 2 – Karta Realizacji Programu „Opieka wytnieniowa” – edycja 2022.

#### **PODPISY**

**ZAMAWIAJĄCY**

**WYKONAWCA**



MINISTERSTWO PRACY  
I POLITYKI SPOŁECZNEJ

wsparcie finansowe ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego przyznanych w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022

**Kierowanie do objęcia opieką wytchnieniową realizowaną w ośrodku całodobowego pobytu w ramach Programu Opieka wytchnieniowa - edycja 2022**

**. Dane osoby niepełnosprawnej:**

imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**I. Dane opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej:**

imię i nazwisko: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**II. Forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

1 całodobowa, miejsce .....

1 w dniach (ilość dni) .....

.....  
(Pieczęć i podpis osoby kierującej)

**Informacja wykonawcy realizującego opiekę wytchnieniową realizowaną w ośrodku całodobowego pobytu w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022**

**. Dane osoby niepełnosprawnej**

imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

**I. Decyzja o objęciu opieką wytchnieniową\***

1 zostanie przyjęta/y, termin realizacji usługi .....

1 nie zostanie przyjęta/y z powodu .....

.....  
.....

niepotrzebne skreślić

.....  
(Pieczęć i podpis Wykonawcy)

5

WZÓR

Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”

– edycja 2022

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....

3. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: .....

| Lp. | Data realizacji opieki wytchnieniowej | Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej | Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej | Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna |
|-----|---------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1.  |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                    |
| 2.  |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                    |
| 3.  |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                    |
| 4.  |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                    |

| Lp. | Data realizacji<br>opieki<br>wytchnieniowej | Miejsce<br>realizacji opieki<br>wytchnieniowej | Godziny/dni<br>realizacji opieki<br>wytchnieniowej | Liczba<br>godzin/dni<br>świadczonej<br>opieki<br>wytchnieniowej | Potwierdzenie<br>realizacji usługi<br>opieki<br>wytchnieniowej przez<br>osobę bądź<br>placówkę, która ją<br>realizowała | Podpis osoby objętej<br>opieką<br>wytchnieniową/członk<br>a rodziny/opiekuna |
|-----|---------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 5.  |                                             |                                                |                                                    |                                                                 |                                                                                                                         |                                                                              |
| 6.  |                                             |                                                |                                                    |                                                                 |                                                                                                                         |                                                                              |
| 7.  |                                             |                                                |                                                    |                                                                 |                                                                                                                         |                                                                              |
| 8.  |                                             |                                                |                                                    |                                                                 |                                                                                                                         |                                                                              |
| 9.  |                                             |                                                |                                                    |                                                                 |                                                                                                                         |                                                                              |
| 10. |                                             |                                                |                                                    |                                                                 |                                                                                                                         |                                                                              |

4. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi ..... godzin,
- 2) całodobowej wynosi .....dni,

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług