

FORMULARZ OFERTY

Nazwa i adres Wykonawcy:

.....

Dane kontaktowe Wykonawcy (tel., fax., e-mail):

.....

NIP/PESEL..... REGON

Do: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Czernicy, ul. Wrocławska 78, 55-003 Czernica

W odpowiedzi na ogłoszenie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Czernicy na wykonanie

.....

.....

(przedmiot zamówienia)

oferuję wykonanie zamówienia w kwocie: zł

(słownie:).

Oświadczam, iż akceptuję ramowe warunki realizacji przedmiotu umowy określone w zapytaniu ofertowym. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Do oferty załączam:

1

2

3

4

.....

(miejscowość, data, podpis Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW

Zamawiający: Gminy Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Wrocławska 78, 55-003 Czernieca

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunki udziału określone w zapytaniu ofertowym nr....., którego przedmiot stanowi

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Formularz do celów zgłoszenia do ubezpieczeń

Imię pierwsze	
Imię drugie	
Nazwisko	
Nazwisko rodowe	
PESEL:	
Data i miejsce urodzenia	
Seria, nr i rodzaj dokumentu tożsamości	
Obywatelstwo	
Numer telefonu	
Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Taki sam jak zameldowania <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> (proszę podać jaki):	
Adres do korespondencji	
Taki sam jak zameldowania <input type="checkbox"/> zamieszkania <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> (proszę podać jaki):	
Oświadczenie do celów ustalenia właściwego urzędu skarbowego	
Oświadczam, że właściwym urzędem skarbowym ze względu na miejsce zameldowania <input type="checkbox"/> zamieszkania <input type="checkbox"/> jest Urząd Skarbowy ul.	
Numer konta bankowego	
Proszę o przelew wynagrodzenia wynikającego z umowy zlecenia na wskazany wyżej rachunek bankowy.	
Oświadczenie do celów określenia tytułu do ubezpieczenia społecznego	
1. Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że posiadam prawo do:	
- emerytury TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
- świadczenia przedemerytalnego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
- renty TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> (renta przyznana od dnia do dnia)	
Jeśli w którejś pozycji zaznaczono „tak”, proszę podać numer legitymacji:.....	
- posiadam stopień niepełnosprawności :	
TAK <input type="checkbox"/> - lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> (dołączyć kopię zaświadczenia o stopniu pełnosprawności)	
NIE <input type="checkbox"/>	
2. Jestem zatrudniony/a:	
- umowę o pracę TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
..... i adres siedziby	
Wynagrodzenie z umowy o pracę stanowiące podstawę do ubezpieczenia społecznego jest <u>równa</u> bądź <u>większa</u> niż najniższe wynagrodzenie (tj. 3 490,00 zł brutto) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Umowa o pracę zawarta jest na okres próbny <input type="checkbox"/> czas określony <input type="checkbox"/> od do..... na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> od	

- umowę zlecenie TAK NIE

.....
(nazwa i adres zleceniodawcy)

Oświadczam, że umowa została zawarta na okres od..... do.....
Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuje/uzyskam przychód miesięczny, będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne (wybrać właściwe):

- w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia brutto (tj. 3 490,00 zł brutto)
 w wysokości poniżej minimalnego wynagrodzenia brutto (tj. 3 490,00 zł brutto)

3. Prowadzę działalność gospodarczą TAK NIE

Jeśli TAK to proszę podać NIP oraz wskazać wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne

NIP:

4. Przebywam:

- na urlopie bezpłatnym TAK NIE (jeśli „tak” proszę podać okres).....
- na urlopie wychowawczym TAK NIE (jeśli „tak” proszę podać okres).....
- na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim TAK NIE (jeśli „tak” proszę podać okres).....

5. Jestem studentem TAK NIE

(wymień nazwę uczelni)

Ukończyłem/-am 26 roku życia TAK NIE

6. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy: TAK NIE

Jeśli TAK proszę podać w którym
Z prawem BEZ prawa do zasiłku dla bezrobotnych.

7. Zleceniobiorca: nie wnosi wnosi o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu umowy zlecenia.

8. Zleceniobiorca nie wnosi wnosi o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu umowy zlecenia

Wybrać właściwe

Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie 7 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmian dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przez mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

Dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
(data i czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE O PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe numer.....oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą obejmującą przedmiot zamówienia.

Kod PKD prowadzonej działalności.....

Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego

Oświadczam, że do realizacji przedmiotu zamówienia, tj. specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formie zajęć z, wyznaczam:

1. Pana/Panią
2. Pana/Panią
3. Pana/Panią

Do złożonej przeze mnie oferty dołączam wymagane dokumenty potwierdzające: wykształcenie, kwalifikacje oraz doświadczenie wskazanych pracowników.

.....

Data i podpis

.....
Miejscowość i data

Zaświadczenie

Zaświadcza się, że Pani/Pan....., zamieszkała/(y):
.....,legitymująca się dowodem
osobistym seria i nr dowodu osobistego/PESEL.....jest/był(a)
zatrudniona/odbył(a) praktyki zawodowe/staż jako
w okresie od..... do..... w (nazwa zakładu pracy)
.....
będącą jedną z niżej wymienionych placówek wskazanych w Rozporządzeniu Ministra
Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych
(Dz. U. z 2005r. nr 189, poz. 1598 ze zm.)
(zaznaczyć właściwe) :

- a. szpitalu psychiatrycznym
- b. jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- c. placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym,
- d. ośrodka terapeutyczno – edukacyjno - wychowawczym,
- e. Warsztacie terapii zajęciowej
- f. innej jednostce niż wymienione w pkt a-f, świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi

.....

