



Fundacja „Misericordia” WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Górki 4 82 – 500 Kwidzyn

Tel/ faks: 55 279 3564 e-mail: wtzkwidzyn@wp.pl

Rachunek rozliczeniowy:

PBS o/Kwidzyn 1083000009000338352000020

Regon- P-170066470-9500000059-1-862-17149

NIP 581-15-05-469

Kwidzyn, dnia 06 grudzień 2023 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE **o wartości poniżej 130 000 zł netto**

Niniejsze postępowanie toczy się w trybie zapytania ofertowego z zachowaniem zasady rozeznania rynku i nie podlega przepisom ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 ze zm.).

1. Zamawiający:

Fundacja "Misericordia" Warsztat Terapii Zajęciowej
Górki 4
82-500 Kwidzyn
NIP: 581-15-05-469
REGON: 186217149

Fundacja "Misericordia" nie jest podatnikiem VAT.

2. Przedmiot zamówienia:

Przewóz osób niepełnosprawnych z terenu Miasta Prabuty do i z Warsztatu Terapii Zajęciowej w Górkach 4; 82-500 Kwidzyn w 2024 r.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Przewóz 8 osób niepełnosprawnych do i z Warsztatu Terapii Zajęciowej w Górkach 4; 82-500 Kwidzyn

Przewóz osób będzie następował na następujących warunkach:

- a) godziny dojazdu do WTZ - 7.00 do 8.00;
- b) godziny powrotu z WTZ - 14.30 do 15.00;
- c) do przewozu - 8 osób;
- d) do przejechania około 132 km dziennie, w dni robocze od 02 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r.
- e) Przerwa urlopową dla uczestników WTZ planowana jest od 15.07.2022 r. do 16.08.2024 r. - w tym czasie dowóz nie będzie realizowany.

I. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Od 02.01.2024 roku do 31.12.2024 roku.

II. ISTOTNE WARUNKI ZAMÓWIENIA:

- Do wykonania zamówienia niezbędny jest jeden pojazd co najmniej 9 osobowy przystosowany do przewozu osób niepełnosprawnych (w tym pojazd zastępczy).
- Pojazdy ubezpieczone od NNW — dotyczy wszystkich pasażerów.
- Podpisanie oświadczeń zawartych w formularzu ofertowym (Załącznik nr 1).
- Podstawą wystawienia faktury będzie zestawienie dni wykonania usługi w danym miesiącu x stawka dzienna.
- Cena dzienna w trakcie trwania umowy jest stała.
- Rozliczenie transakcji następować będzie przelewem każdego miesiąca za wykonane przejazdy na konto wskazane na fakturze w ciągu 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury przez Wykonawcę.

III. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

Najkorzystniejsza dla Zamawiającego cena brutto za 1 km przewozu - 100%,

Podana w ofercie cena będzie ceną obejmującą wszystkie koszty wykonania pełnego zakresu zamówienia wynikającej z opisu przedmiotu zamówienia.

IV. TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT:

Prosimy o składanie ofert na formularzu ofertowym (załącznik nr 1) na adres mailowy: wtzkwidzyn@gmail.com lub w siedzibie Zamawiającego, Górki 4, 82-500 Kwidzyn w terminie do dnia: **15.12.2023 r. do godz. 10:00.**

V. INFORMACJE DODATKOWE:

Zamawiający zastrzega, że warunki konkursu ofert mogą być zmienione lub odwołane. Konkurs ofert może być zamknięty bez wybrania którejkolwiek oferty bez podania przyczyn. Prowadzenie sprawy — Kierownik WTZ, tel. 55-279-35-64 (wewnętrzny 13).

Pytania dotyczące niniejszego zapytania ofertowego należy przysyłać pisemnie lub e-mailem na adresy podane w punkcie IV niniejszego zapytania najpóźniej do dnia 14.12.2023 r. do godziny 10:00.

W trakcie obowiązywania umowy istnieje możliwość zawieszenia dowozów w wyjątkowych wypadkach, niezależnych od zamawiającego, np. decyzja wojewody pomorskiego dotycząca zawieszenia działalności WTZ z powodu panującej pandemii chorób zakaźnych.

W przypadku składania oferty w formie pisemnej sugeruje się umieszczenie jej w kopercie z napisem: „OFERTA NA PRZEWÓZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”.

Wybrany Wykonawca zobowiązany jest przed podpisaniem umowy dostarczyć oryginał oferty wraz z załącznikami (w przypadku złożenia e-mailem).

O wyborze Wykonawcy powiadomimy drogą elektroniczną, pisemną lub telefoniczną.

K I E R O W N I K
Warsztatu Terapii Zajęciowej
mgr Bogdan Muchowski

FORMULARZ OFERTY

Nazwa

Wykonawcy.....

Siedziba.....

Imię i nazwisko przedstawiciela.....

Nr telefonu..... Nr faks.....

e-mail:.....

Adres Wykonawcy.....

NIP:..... REGON:..... KRS:.....

1. OFERUJĘ WYKONANIE USŁUGI ZA NASTĘPUJĄCĄ CENĘ:

- cena netto za 1km :..... zł

- podatek VAT 8% :..... zł

- cena brutto za 1km :..... zł

- wartość brutto (132 km x 227 dni) = 29964,00 km x cena za 1km wykonania zadania:.....zł,

słownie:..... zł.

2. ZAŁĄCZNIKI:

a) Kserokopie licencji na wykonywanie krajowego transportu drogowego osób,

b) Kserokopie zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,

Oryginały wymienionych dokumentów, na żądanie Zamawiającego należy przedstawić do wglądu przed podpisaniem umowy.

3. ZOBOWIĄZANIA:

a) Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia pojazdami przystosowanymi do przewozu osób niepełnosprawnych.

b) Zaświadczam, że posiadam jeden pojazd do przewozu minimum 9 osób niepełnosprawnych, który wykorzystam do realizacji zamówienia (w tym pojazd zastępczy).

c) Zaświadczam, iż opłacam niezbędne składki ubezpieczeniowe w tym NNW,

d) Zaświadczam, iż pojazd w trakcie wykonywania usługi będzie posiadał aktualny przegląd techniczny.

e) Oświadczam, iż zapoznał(em/am) się z zapytaniem ofertowym i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się podpisać umowę i zrealizować usługę zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym.

4. OŚWIADCZENIA:

- a) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji zadania zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
- b) Biorąc udział w niniejszym postępowaniu, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i ich upublicznienie w trakcie całego postępowania dot. wyboru Wykonawcy zgodnie z zasadą konkurencyjności.

.....
Data/Czytelny podpis Wykonawcy/pieczęć