Załączniknr1

 do ogłoszenia o zamówieniu na świadczenie usług opiekuńczych

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | ***Świadczenie podstawowych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych*** |
| **Zamawiający** | ***Miasto Jastrzębie-Zdrój******Ośrodek Pomocy Społecznej,******ul. Opolska 9******44-335 Jastrzębie-Zdrój*** |
| **Wykonawca** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Dane kontaktowe** | *nr telefonu……………………………………..**nr faksu:…………………………………..……**adres e-mail:…………………….…………….* |
| **Cena brutto za 1 godzinę zegarową podstawowej usługi opiekuńczej** | ***Cyfrowo:*** *...........................................**Słownie: .............................................* |
| ***Cena brutto oferowana za całość zadania******(cena brutto za 1 godzinę zegarową podstawowej usługi opiekuńczej x 35 000 godzin zegarowych)*** | ***Cyfrowo:*** *...........................................**Słownie: .............................................* |
| **Cena brutto za 1 godzinę zegarową specjalistycznej usługi opiekuńczej** | ***Cyfrowo:*** *...........................................**Słownie: .............................................* |
| ***Cena brutto oferowana za całość zadania******(cena brutto za 1 godzinę zegarową specjalistycznej usługi opiekuńczej x 520 godzin zegarowych)*** | ***Cyfrowo:*** *...........................................**Słownie: .............................................* |
| ***Łączna wartość brutto za całość zamówienia*** | ***Cyfrowo:*** *...........................................**Słownie: .............................................* |
| **Termin realizacji** | **do 31.12.2020 r.** |
| **Termin związania ofertą** | **do 31.12.2019 r.** |

***Ponadto oświadczam, iż:***

*- zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia o zamówieniu oraz wzorem umowy i przyjmujemy je bez zastrzeżeń,*

*- uważamy się związani naszą ofertą w ciągu okresu jej ważności i zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez zamawiającego,*

*- dane zawarte w przedstawionych zaświadczeniach i wyciągu z rejestru stwierdzające stan prawny firmy są aktualne na dzień złożenia oferty.*

Oświadczam jednocześnie, iż następujące części zamówienia powierzymy **podwykonawcom** (jeżeli dotyczy):

|  |  |
| --- | --- |
| Lp | Nazwa części zamówienia |
|  |  |
|  |  |

O**świadczamy, iż** wybór naszej oferty **będzie/nie będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług. *(\*niewłaściwe skreślić)*

*W przypadku, gdy wybór oferty Wykonawcy* ***będzie prowadził*** *do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca zobowiązany jest wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usług, wartość tego towaru lub usług bez kwoty podatku VAT.*

*Nazwa towaru lub usług prowadzących do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego …………………………………………………………………………………………………………………*

*oraz wartość tych towarów i usług bez podatku od towarów i usług: ……………..……………. zł*

***UWAGA! Powyższe pola zaznaczone kursywą wypełniają wyłącznie Wykonawcy, których wybór oferty prowadziłby u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego***

**Oświadczamy**, że powyższa cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty, w tym należny podatek od towarów i usług.

Oświadczamy, że świadczenie usług opiekuńczych **podlega/nie podlega\*** rozliczeniu mechanizmem podzielonej płatnośći (split payment).

Oświadczamy że wskazany rachunek bankowy należy do wykonawcy umowy oraz **został/ nie został\*** utworzony wydzielony rachunek VAT na cele prowadzonej działalności gospodarczej.

**Oświadczamy**, że wypełniliśmy obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych o w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016r. str. 11) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postepowaniu.

....................................... dnia ......................

 *(miejscowość) (data)*

*…………………………………………*

*(podpis i pieczątka osoby uprawnionej*

*do występowania w imieniu wykonawcy)*

\*niepotrzebne skreślić

Załączniknr2

 do ogłoszenia o zamówieniu na świadczenie usług opiekuńczych

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

 (pieczęć wykonawcy)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Działając w imieniu i na rzecz\*

……………….………………………………………………………………….……………….

(nazwa oraz dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)

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

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

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

 oświadczam(y), że na dzień składania ofert spełniamy warunki udziału w postępowaniu.

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

 *(miejscowość, data)*

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

 *(podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionych*

 *do występowania w imieniu Wykonawcy)*

*\* w przypadku składania oferty przez Wykonawców występujących wspólnie należy podać nazwy i dokładne adresy wszystkich Wykonawców*

Załączniknr3

 do ogłoszenia o zamówieniu na świadczenie usług opiekuńczych

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

 (pieczęć wykonawcy)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Działając w imieniu i na rzecz\*

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

(nazwa oraz dokładny adres Wykonawcy)

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

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

oświadczam(y), iż na dzień składania ofert Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z powodów wskazanych w pkt. 7.2 ogłoszenia o zamówieniu.

............................................... …………………………………………..…………………

 *(miejscowość, data) (podpisy i pieczątki osób uprawnionych*

 *do występowania w imieniu Wykonawcy)*

*\* w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie (np. konsorcjum, spółka cywilna tj. wspólnicy spółki cywilnej), każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie składa niniejsze oświadczenie oddzielnie (w przypadku spółki cywilnej należy złożyć niniejsze oświadczenie w odniesieniu do każdego wspólnika spółki cywilnej oddzielnie)*

Załączniknr4

 do ogłoszenia o zamówieniu na świadczenie usług opiekuńczych

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

 (pieczęć wykonawcy)

**Wykaz głównych usług opiekuńczych wykonanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert lub jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, to w tym okresie, wskazanych w pkt. 7.1 lit. C.1)**  **ogłoszenia o zamówieniu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zamawiający,****nazwa i adres** | **Przedmiot zamówienia**  | **Wielkość zamówienia (liczba godzin usług opiekuńczych)** | **Czas trwania zamówienia (umowy)** | Wartość **zamówienia** |
| **Data rozpoczęcia** | **Data zakończenia** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA: Wykonawca do każdej z wykazanych usług musi dołączyć dowody potwierdzające ich należyte wykonanie lub wykonywanie**

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy spełniają warunki dotyczące posiadania wiedzy i doświadczenia opisane w pkt. 7.1 lit. c) ogłoszenia o zamówieniu tj.: poprzez wykazanie, że Wykonawca w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert lub jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy to w tym okresie, wykonał lub wykonuje przynajmniej dwie usługi tożsame z przedmiotem niniejszego zamówienia **polegające na świadczeniu usług opiekuńczych w ilości co najmniej 16 000 godzin, w ramach jednej umowyi.**

**………………………….dn. ………………….. …………………………………….**

 Podpis i pieczątka osoby uprawnionej do

 występowania w imieniu wykonawcy

 Załączniknr4a

 do ogłoszenia o zamówieniu na świadczenie usług opiekuńczych

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

 (pieczęć wykonawcy)

**„Doświadczenie Wykonawcy/Wykaz usług na potrzeby kryterium oceny ofert”**

oświadczamy, że (poza usługami wykazywanymi na potrzeby spełniania warunku udziału
w postępowaniu – wykazanymi w formularzu pn. „Wykaz głównych usług opiekuńczych wykonanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert lub jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, to w tym okresie, wskazanych w pkt. 7.1 lit. C 1) ogłoszenia o zamówieniu – załącznik nr 4 do ogłoszenia o zamówieniu) **wykonaliśmy lub wykonujemy należycie** w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert **następujące usługi opiekuńcze** **spełniające wymagania opisane w pkt. 11B ogłoszenia o zamówieniu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zamawiający,****nazwa i adres** | **Przedmiot zamówienia**  | **Wielkość zamówienia (liczba godzin usług opiekuńczych)** | **Czas trwania zamówienia (umowy)** | **Wartość zamówienia** |
| **Data rozpoczęcia** | **Data zakończenia** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca na potrzeby przyznania punktów w ramach kryterium „Doświadczenie Wykonawcy” przedstawia dodatkowe** (poza usługami wykazywanymi na potrzeby spełniania warunku udziału w postępowaniu) **wykonane lub wykonywane należycie** w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert **usługi opiekuńcze tożsame z przedmiotem niniejszego zamówienia, polegające na świadczeniu usług opiekuńczych w ilości co najmniej 16 000 godzin, w ramach jednej umowy.** Do każdej z wykazanych usług należy przedstawić dowód potwierdzający ich należyte wykonanie lub wykonywanie.

 **Usługi wykazywane na potrzeby przyznania punktów w ramach kryterium „Doświadczenie Wykonawcy”:**

1. **Nie mogą być usługami wykazywanymi na potrzeby spełnienia warunku udziału w postępowaniu**
(wykazanymi w **załączniku nr 4** do ogłoszenia o zamówieniu). Ponowne wykazanie tych samych usług będzie skutkowało nie uwzględnieniem usług przy punktacji przyznawanej w ramach przedmiotowego kryterium.
2. Wykonawcy nie będą wzywani do uzupełnienia usług wykazywanych na potrzeby przyznania punktów w ramach przedmiotowego kryterium oceny ofert.

**………………………….dn. ………………….. …………………………………….**

 Podpis i pieczątka osoby uprawnionej do

 występowania w imieniu wykonawcy

Załączniknr5

do ogłoszenia o zamówieniu na świadczenie usług opiekuńczych

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

 (pieczęć wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na realizację zadania pod nazwą: „Świadczenie usług opiekuńczych”, oświadczam, że dysponuję osobami, które spełniają wymogi określone w pkt. 7.1 C.2) ogłoszenia o zamówieniu tj.:

**W zakresie**:

**Podstawowych usług opiekuńczych**

* **Co najmniej 25** pracownikami zdolnymi do wykonania podstawowych usług opiekuńczych gwarantujących terminowe i profesjonalne wykonanie usług przewidzianych w zamówieniu, legitymujących się wykształceniem co najmniej podstawowym oraz zaświadczeniem o ukończeniu kursu opieki nad chorymi w domu lub kursu opieki nad osobami starszymi.

 **Specjalistycznych usług opiekuńczych**

* **Co najmniej 3 pracownikami** spełniającymi wymagania określone w  §  3 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005 r. nr 189, poz. 1598 ze zm**.), w tym:**
* **1 pracownikiem** posiadającym kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego lub psychologa lub pedagoga lub logopedy,
* **1 pracownikiem** posiadającym kwalifikacje terapeuty zajęciowego lub pielęgniarki lub asystenta osoby niepełnosprawnej lub opiekunki środowiskowej,
* **1 pracownikiem** posiadającym kwalifikacje specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuty

Ponadto w/w osoby winne posiadać przeszkolenie i doświadczenie w zakresie:

* umiejętności kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań;
* kształtowania nawyków celowej aktywności;
* prowadzenia treningu zachowań społecznych

Prawo do dysponowania w/w osobami wynika z ......................................................................................

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

Jednocześnie oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia posiadają wymagane wyżej uprawnienia

**Art. 233** § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. nr 88, poz. 553 z późn. zm.) stanowi:

*Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*

**Art. 297.**  § 1 . Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. nr 88, poz. 553 z późn. zm.) stanowi: *Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią art. 233 § 1 oraz297 § 1 *Kodeksu karnego* i własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość złożonego oświadczenia.

....................................... dnia ....................... ...............................................

 *(miejscowość) (data) (podpis i pieczątka osoby uprawnionej*

 *do występowania w imieniu*

**Załącznik nr 3**

 do umowy nr……………………

 z dnia……………………………...

**KARTA WYKONANYCH**

**PODSTAWOWYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH / SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

**U PODOPIECZNEGO ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**w okresie od dnia …………………………do dnia …………………………………………..**

**Imię i nazwisko osoby wykonującej usługi opiekuńcze:……………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Data******wykonywanych******usług*** | ***Wykonano usługi*** | ***Ilość******wykonanych******godzin usług*** | ***Potwierdzenie******wykonanych******usług/ podpis******podopiecznego/*** | ***Uwagi*** |
| ***od godz.*** | **do godz.** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **RAZEM:** |  |  |  |
| Uwagi i informacje od koordynatora o przebiegu realizacji usług opiekuńczych  |

………………………………………………………

Podpis i pieczęć koordynatora

 firmy realizującej usługi opiekuńcze

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Załącznik nr 4** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Do umowy nr ..................... |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | z dnia................................... |
| Wykonawca: ……………………………….…... miesiąc ………...…………..... 2020 r. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARZ WYKONANIA PODSTAWOWYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH/SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH nr …………** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Nazwisko i imię klienta | Adres klienta | Godziny zlecone | Godziny wykonane | Stawka godzinowa**6** | Koszt całkowity(kol.5x6)**7** |
| ***4*** | ***5*** |
| 1. |  |  | 0 |  |  0 | 0,00 |
| 2. |  |  | 0 |  | 0 | 0,00 |
| 3. |  |  | 0 |  |  0 | 0,00 |
| … |  |  | 0 |  |  0 | 0,00 |
| … |  |  | 0 |  |  0 | 0,00 |
| … |  |  | 0 |  |  0 | 0,00 |
| … |  |  | 0 |  |  0 | 0,00 |
| … |  |  | 0 |  |  0 | 0,00 |
| … |  |  | 0 |  |  0 | 0,00 |
| … |  |  | 0 |  |  0 | 0,00 |
| RAZEM | 0 |  | 0 | 0 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wystawił:  |  |  |  |  |  | Data:  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Podpis Kierownika:  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *pieczęć podmiotu* |  |  |  |  |  | **Załącznik nr 2** |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Do umowy nr ......................... |
| Jastrzębie-Zdój, dnia …………………….. 2020 r. |  |  |  |  | z dnia................................... |
| **HARMONOGRAM** |
| **Podstawowych usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych** |
| **w miesiącu .............................................. 2020 r.** |
| **UWAGA** |  |  |  |  |  |  |  |
| W przypadku świadczenia usług przez np. dwóch opiekunów u tego samego klienta, podopiecznego należy wykazać dwukrotnie (w osobnych wierszach |
| tabeli), przyporządkowując nazwisko opiekuna. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| lp. | nazwisko i imię osoby objętej pomocą (klienta) | adres osoby objętej pomocą (klienta) | nazwisko i imię osoby realizującej usługi (opiekuna) | dni tygodnia  | godziny pracy osoby realizującej usługi od / do | suma godzin planowanych do wykonania przez opiekuna | ilość godzin wypracowana przez opiekuna u danego klientaw poprzednim miesiącu | uwagi |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Sporządził:  |  | Podpis osoby reprezentującej Podmiot:  |

**Załącznik nr 5**

do umowy nr…

z dnia………

**Wykaz Podwykonawców (firm), uczestniczących w wykonaniu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa firmy | Adres siedziby | Rodzaj oraz zakres prac |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**………………………….dn. ………………….. …………………………………….**

 Podpis i pieczątka osoby uprawnionej do

 występowania w imieniu wykonawcy

Załącznik nr 1

do umowy nr………….

z dnia………………….

**WYKAZ OSÓB, KTÓRYMI DYSPONUJE WYKONAWCA**

***„Świadczenie usług opiekuńczych wchodzących w zakres świadczeń pomocy społecznej określonych w art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.) na rzecz i w miejscu zamieszkania podopiecznych Ośrodka Pomocy Społecznej w Jastrzębiu-Zdroju, zgodnie z liczbą godzin i zakresem określonym każdorazowo w piśmie skierowanym do Wykonawcy usług, w okresie od 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.”***

**USŁUGI OPIEKUŃCZE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko opiekunki/opiekuna | Rodzaj ukończonego kursu/szkolenia w zakresie opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| (…) |  |  |
| 25 |  |  |

**USŁUGI SPECJALISTYCZNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko opiekunki/opiekuna | Kwalifikacje określone w § 3 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 Nr 189 poz.1598 ze zm.) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

1. Administratorem staje się Ośrodek Pomocy Społecznej w Jastrzębiu-Zdroju . Adres : 44-335 Jastrzębie-Zdrój, ul. Opolska 9. Tel 32 434 96 00 , e-mail: sekretariat@ops.jastrzebie.pl 2. Z IOD kontakt e-mail: iodo@ops.jastrzebie.pl 3. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie art.6 ust.1 lit. c) i e) RODO w celu wypełnienia swoich obowiązków prawnych i zadań realizowanych w interesie publicznym.. 4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych wyłącznie w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa. 5. Okres przetwarzania: 6 lat od końca roku kalendarzowego. 6. Informujemy o prawie do żądania a dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania ,a- w przypadku uznania, iż przetwarzanie narusza przepisy RODO, przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych

 ……………………………………………………….

 Podpis Wykonawcy