



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267  
Tel./fax: 42 649-18-03

**ZAPYTANIE OFERTOWE na prowadzenie zajęć rehabilitacji indywidualnej w domu chorego  
w ramach prowadzonego projektu:  
„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

**Nr postępowania: 1/2013/PFRON data: 11.03.2013 r.**

**1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Łodzi  
ul. Przybyszewskiego 255/267 92 – 338 Łódź**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.  
WYKONAWCA nie może powierzyć wykonania zamówienia ani jego części podwykonawcom.  
WYKONAWCA ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty.  
ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo do unieważnienia procedury zapytania ofertowego w każdym momencie trwania procedury bez podania przyczyny.  
ZAMAWIAJĄCY może odstąpić od podpisania umowy bez podania przyczyny.  
ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza możliwości negocjacji cenowej.

**2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie zajęć rehabilitacji indywidualnej w domu chorego - zajęć usprawniających ruchowo dla uczestników projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane” na terenie województwa łódzkiego.

**3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

CPV: 85000000-9

**4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY**

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. listy obecności uczestników projektu (BO), formularze BO, i inne z uwzględnieniem wymogów dot. zastosowania logo PFRON),
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych zajęć,
- przeprowadzenie zajęć rehabilitacji indywidualnej w miejscu zamieszkania chorego/uczestnika projektu.

**5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO**

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których mają być przeprowadzone indywidualne zajęcia usprawniające ruchowo.

**6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Zamówienie realizowane będzie na terenie woj. łódzkiego w okresie kwiecień 2013 r. – marzec 2016 r.



#### 7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności.

#### 8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i posiadane uprawnienia
- kopie dokumentów potwierdzających wpis do ewidencji działalności gospodarczej
- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2

#### 9. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA

Rozliczenia prowadzone w PLN

#### 10. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Ofertę należy przygotować w języku polskim dołączając do niej wszystkie niezbędne dokumenty stanowiące załączniki do zapytania ofertowego.

#### 11. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Katarzyna Zielińska – Koordynator projektu

#### 12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **15.03.2013r.** osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data stempla pocztowego) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 92 – 338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267

#### 13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Cena – max 80 pkt

Doświadczenie w rehabilitacji chorych na SM –max 20 pkt

#### 14. SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY

Przesłane przez Państwa informacje będą brane pod uwagę przy wyborze najkorzystniejszej oferty wg. kryterium punktowego: max. 100 pkt.

Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierować przy wyborze oferty:

**Zasady oceny kryterium „Cena” – 80 pkt:**

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 80 \text{ pkt.}$$

gdzie:

X<sub>c</sub> - wartość punktowa ceny

C<sub>min</sub> - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

C<sub>i</sub> - cena w ofercie „i”



**Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 20 pkt.:**

Ilość lat pracy z chorymi na SM poniżej 1 roku - 5 pkt.

Ilość lat pracy z chorymi na SM od 1 roku do 3 lat - 10 pkt.

Ilość lat pracy z chorymi na SM od pow. 3 lat do 6 lat - 15 pkt.

Ilość lat pracy z chorymi na SM od pow. 7 lat - 20 pkt.

Zamawiający dopuszcza do składania ofert osoby fizyczne zatrudnione w oparciu o umowę zlecenie, a także osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

Zamawiający dopuszcza możliwość wybrania kilku oferentów lub nie wybrania żadnej oferty.

W przypadku uzyskania jednakowej liczby punktów przez Oferentów lub w przypadku wątpliwości dot. doświadczenia i kwalifikacji Oferentów, Zamawiający przeprowadzi rozmowy kwalifikacyjne, których wynik łącznie z punktacją uzyskaną za zaoferowaną cenę zdecyduje o dokonaniu ostatecznego wyboru.

**15. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY**

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieszcza informacje, o rozstrzygnięciu zapytania ofertowego na stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie.

Umowa z wykonawcą zostanie zawarta przed podjęciem współpracy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego

**16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Kwiecień 2013 r. – marzec 2016 r.

**17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA**

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny. W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

**18. FINANSOWANIE**

Zamówienie jest współfinansowane ze Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”.

**UWAGI KOŃCOWE**

a) Z możliwości realizacji zamówienia będą wyłączone podmioty, które powiązane są z beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo.

b) Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych, a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do zawarcia umowy. Zamawiający może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267  
Tel./fax: 42 649-18-03

---

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia .....

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 1/2013/PFRON w ramach projektu „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr 1/2013/PFRON dotyczące zamówienia na prowadzenie zajęć rehabilitacji indywidualnej w domu chorego oferujemy wykonanie usługi za:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto wraz z ew. ZUS po str pracodawcy za 1h	Miasto na terenie którego oferent będzie prowadzić zajęcia
Cena brutto wraz z ew ZUS pracodawcy za 1 godzinę zajęć rehabilitacji domowej, zawierająca koszty dojazdu do chorego	..... zł/h	

Ostateczna liczba uczestników zajęć uzależniona będzie od ilości osób przyjmowanych do projektu z danego terenu oraz na podstawie porozumienia pomiędzy Koordynatorem projektu a wykonawcą.

.....  
podpis Wykonawcy



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267  
Tel./fax: 42 649-18-03

**Wykaz prac wykonywanych przez Wykonawcę, w których wykorzystywał w sposób praktyczny wiedzę zawartą w tematyce przedmiotu, który będzie prowadził:**

L.p.	Daty (rok od – do)	Nazwa Pracodawcy Zamawiającego	Obowiązki	Stanowisko

.....  
podpis Wykonawcy



Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia .....

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 1/2013/PFRON w ramach projektu „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a) .....

**oświadczam, że jestem/nie jestem\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.**

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu udziałów lub co najmniej 10% akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....  
podpis Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić