



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**ZAPYTANIE OFERTOWE na konsultacje specjalistów „niezależnego życia”  
dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu:  
„Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym,  
w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy”**

**Nr postępowania: 16/2014/POKL z dnia 02.04.2014 r.**

**1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi  
ul. Przybyszewskiego 255/267, 92-338 Łódź, [lodz@ptsr.org.pl](mailto:lodz@ptsr.org.pl)**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY dopuszcza składanie ofert częściowych.

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 są **konsultacje specjalistów „niezależnego życia” dla osób chorych na stwardnienie rozsiane** w ramach prowadzonego projektu: „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy”.

| Lp. | Nazwa specjalności |
|-----|--------------------|
| 1   | okulista           |
| 2   | endokrynolog       |
| 3   | logopeda           |
| 4   | diabetolog         |
| 5   | neurochirurg       |
| 6   | laryngolog         |
| 7   | psychiatra         |
| 8   | ortopeda           |
| 9   | gastrolog          |
| 10  | urolog             |
| 11  | stomatolog         |
| 12  | pielęgniarka       |
| 13  | pracownik socjalny |
| 14  | dietetyk           |



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Przedmiot zamówienia obejmie świadczenie usług zdrowotnych przez specjalistów, polegających na skonsultowaniu maksymalnie 600 osób chorych na stwardnienie rozsiane, skierowanych przez Zamawiającego oraz zdiagnozowaniu na podstawie badania oraz wywiadu z pacjentem i jego opiekunem, a także na podstawie dokumentacji medycznej stanu chorobowego pacjenta i podjęcia decyzji, co do dalszego leczenia. Liczba konsultacji uzależniona będzie od indywidualnych potrzeb kierowanych pacjentów i uzgadniana pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym po pierwszej konsultacji u danego specjalisty. Dopuszcza się przeprowadzenie średnio 15 godzinnych konsultacji każdego z pacjentów. Przedmiotem świadczenia będzie:

- badanie pacjenta,
- analiza dokumentacji medycznej,
- wystawienie dla każdego z pacjentów zaświadczenia określającego opis stanu chorobowego oraz zalecenia.

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w miejscu prowadzenia praktyki lekarskiej, w domu chorego lub w innym miejscu wskazanym przez Zamawiającego i ustalonym z Oferentem.

### **3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

85121100-0 – *Ogólne usługi lekarskie*, 85121200-5 – *specjalistyczne usługi medyczne*

### **4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY**

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. listy obecności uczestników projektu (BO), formularze BO, i inne)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych zajęć,
- przeprowadzenie konsultacji zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym przez Zamawiającego

### **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 konsultacje

### **6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

- termin realizacji zamówienia kwiecień 2014 r. – wrzesień 2014 r.

### **7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania oraz którzy spełniają warunki, dotyczące dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, tj. osobą posiadającą uprawnienia do świadczenia usług z zakresu w/w specjalizacji lekarskich. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W celu potwierdzenia, że Wykonawca spełnia warunek udziału w postępowaniu Wykonawca przedłoży;

- 1) kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności,
- 2) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń (prawo wykonywania zawodu, dyplom lekarza, specjalizacje)

Oferty Wykonawców nie spełniających warunków zdefiniowanych w zapytaniu nie będą rozpatrywane.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość wglądu w dokumenty potwierdzające spełnianie wyżej wymienionych warunków przed podpisaniem umowy na wykonanie usług.

Ubiegający się o udzielenie zamówienia ma prawo do złożenia jednej oferty na jedno lub większą ilość zadań częściowych.

Ubiegający się o udzielenie zamówienia ponosi koszty przygotowania i złożenia oferty

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

- kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i posiadane uprawnienia
- 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. Należy podać cenę 1 konsultacji świadczonej dla 1 osoby przez przedstawiciela danej specjalności. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: badania, analizy dokumentacji medycznej, wystawienia stosownych zaświadczeń, a także innych elementów niezbędnych do prawidłowego wykonania zamówienia.

Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania zapytania oraz obejmować koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należytej realizacji przedmiotu zamówienia

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

Monika Koza – koordynator projektu tel. : 503 015 358

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

Ofertę należy dostarczyć do dnia **16.04.2014 r. do godz.12.00** osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267 opatrzonej napisem: **ZAPYTANIE OFERTOWE na konsultacje specjalistów „niezależnego życia” dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy”**



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

### 13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

**Cena – max 85 pkt**

**Doświadczenie w prowadzeniu konsultacji dla chorych na SM –max 15 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” – 85 pkt:**

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 85 \text{ pkt.}$$

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” - 15 pkt.:**

- brak doświadczenia w pracy z chorymi na SM – 0 pkt.
- doświadczenie w pracy z chorymi na SM do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w pracy z chorymi na SM od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w pracy z chorymi na SM powyżej 5 lat - 15 pkt.

Zamawiający dopuszcza do składania ofert osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia oraz podmioty, prowadzące działalność gospodarczą.

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 2014 r. – wrzesień 2014 r.



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

#### **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 środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu pt. „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy”.

#### **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 Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi do zawarcia umowy. PTSR Oddział w Łodzi może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

#### **19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2. – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

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

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 16/2014/POKL w ramach projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

#### FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr 16/2014/POKL dotyczące zamówienia na konsultacje specjalistów niezależnego życia oferujemy wykonanie usługi za:

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Cena brutto za konsultację/osobę | miasto/województwo na terenie, którego oferent będzie prowadzić konsultacje |
|-----|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1   | okulista             |                                  |                                                                             |
| 2   | endokrynolog         |                                  |                                                                             |
| 3   | logopeda             |                                  |                                                                             |
| 4   | diabetolog           |                                  |                                                                             |
| 5   | neurochirurg         |                                  |                                                                             |
| 6   | laryngolog           |                                  |                                                                             |
| 7   | psychiatra           |                                  |                                                                             |
| 8   | ortopeda             |                                  |                                                                             |
| 9   | gastrolog            |                                  |                                                                             |
| 10  | urolog               |                                  |                                                                             |
| 11  | stomatolog           |                                  |                                                                             |
| 12  | pielęgniarka         |                                  |                                                                             |
| 13  | pracownik socjalny   |                                  |                                                                             |
| 14  | dietetyk             |                                  |                                                                             |

Ostateczna liczba uczestników zajęć uzależniona będzie od ilości osób przyjmowanych do projektu.

.....  
podpis Wykonawcy



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Doświadczenie w prowadzeniu konsultacji dla chorych na stwardnienie rozsiane:**

| LP. | Daty<br>(rok od – do rok) | Nazwa Pracodawcy | Obowiązki | Stanowisko |
|-----|---------------------------|------------------|-----------|------------|
|     |                           |                  |           |            |
|     |                           |                  |           |            |
|     |                           |                  |           |            |
|     |                           |                  |           |            |
|     |                           |                  |           |            |
|     |                           |                  |           |            |
|     |                           |                  |           |            |
|     |                           |                  |           |            |

.....  
podpis Wykonawcy



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## Załącznik 2 do zapytania ofertowego

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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 16/2014/POKL w ramach projektu „Wsparcie osób ze stwardnieniem rozsianym, w tym z niepełnosprawnościami sprzężonymi na rynku pracy” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

### OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a) .....

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* 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:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 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.

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić