

**ZAPYTANIE OFERTOWE na opracowanie IPD (Indywidualnego Planu Działania)
dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu:
„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”
(zakres zamówienia – poniżej 50 tys. PLN netto)**

Nr postępowania: 1/2016/PFRON data: 06 czerwca 2016 r.

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi
ul. Przybyszewskiego 255/267, 92-338 Łódź, 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 jest **opracowanie IPD (Indywidualnego Planu Działania) przez psychologa, lekarza i rehabilitanta dla 81 osób ze stwardnieniem rozsianym z terenu woj. łódzkiego** w ramach realizowanego projektu: **„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Indywidualny Plan Działania ma na celu określenie kompetencji i stopnia umiejętności oraz samodzielności BO przez interdyscyplinarny zespół specjalistów (rehabilitant, psycholog i lekarz). Specjaliści wskażą rokowania co do możliwości realizacji celu projektu w odniesieniu do danego beneficjenta ostatecznego. Wspólnie ustalą kluczowe kompetencje, które BO chce rozwijać w trakcie realizacji projektu. Następnie, w zależności od zidentyfikowanych potrzeb, będą kierować BO na odpowiedni do stanu zdrowia i kompetencji psychologicznych i ruchowych rodzaj zajęć. Istnieje możliwość zakwalifikowania jednej osoby do kilku form wsparcia oferowanych w projekcie. Wówczas zespół specjalistów będzie wskazywał na podstawowy kierunek zajęć poprzez wpisanie go na pierwszej pozycji w karcie IPD.

Wymagania niezbędne:

- rehabilitant – minimalne wykształcenie średnie o kierunku technik fizjoterapii
- psycholog – ukończone studia wyższe na kierunku psychologia;
- lekarz – kwalifikacje potwierdzone wymaganymi dokumentami do udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. posiadający prawo wykonywania zawodu;
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM);

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w biurze projektu, domach beneficjentów ostatecznych projektu lub w innym miejscu wskazanym przez Zamawiającego i ustalonym z Wykonawcą.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85312320-8 usługi doradztwa
- 85121100-0 ogólne usługi lekarskie,
- 85121270-6 usługi psychiatryczne lub psychologiczne

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. listy obecności, formularze)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- prowadzenie usług 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,
- przekazanie wzoru formularza Indywidualnego Planu Działania,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których będzie opracowany Indywidualny Plan Działania.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: czerwiec 2016 r. – styczeń 2017 r.
- miejsce: woj. łódzkie

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. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

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

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

1. kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy)
2. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń (np. prawo wykonywania zawodu, dyplomy)

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 ponosi koszty przygotowania i złożenia oferty. Zamawiający dopuszcza do składania ofert wyłącznie przez osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia oraz osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do wykonywania zawodu,
- CV,
- kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 3.

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 brutto za opracowanie Indywidualnego Planu Działania dla 1 osoby trwającego średnio 1 godzinę świadczonego 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 – kierownik biura tel. : 503 015 358

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **14.06.2016 r. do godz. 16.00** 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 opracowanie IPD (Indywidualnego Planu Działania) dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM) – max 15 pkt

Cena zaproponowana za realizację usługi – max 85 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_c - wartość punktowa ceny

C_{min} - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

C_i - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 15 pkt.:

- brak doświadczenia w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM) – 0 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM) do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM) od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM) powyżej 5 lat - 15 pkt.

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 uzyskaną punktacją zdecyduje o dokonaniu ostatecznego wyboru. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru kilku ofert i podziału przedmiotu zamówienia między kilku wykonawców.

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

Informacja o wyniku postępowania wysłana będzie się do każdego wykonawcy, który złożył ofertę oraz umieszczona się na stronie internetowej www.lodz.ptsr.org.pl.

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

16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

– 06 czerwiec 2016 r. – 24 czerwiec 2016 r.

17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania w szczególności, jeżeli:

- a. cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższają kwotę, którą Zamawiający może przeznaczyć na realizację zamówienia,
- b. wystąpiła zmiana okoliczności powodująca, że wykonanie zamówienia nie leży już w interesie Zamawiającego, o czym Zamawiający poinformuje wykonawców przed upływem terminu składania ofert.

18. FINANSOWANIE

Zamówienie jest współfinansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.



UWAGI KOŃCOWE

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

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanym osobowo lub kapitałowo z 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, w szczególności poprzez:
 - a. uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
 - b. posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
 - c. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
 - d. pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
2. 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

Załącznik nr 3 – Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2016/PFRON** data: **06 czerwca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2016/PFRON** na opracowanie IPD (Indywidualnego Planu Działania) przez psychologa, lekarza i rehabilitanta dla 81 osób ze stwardnieniem rozsianym z terenu woj. łódzkiego.

Przedmiot zamówienia*	Kwota brutto za opracowanie śr. 1 godz. IPD dla 1 osoby
Opracowanie IPD przez psychologa	
Opracowanie IPD przez lekarza	
Opracowanie IPD przez rehabilitanta	

.....
podpis Wykonawcy

* wpisać właściwe, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami

Doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM):

LP.	Daty (od – do) (dzień, miesiąc, rok)	Nazwa Pracodawcy	Obowiązki	Stanowisko

.....
podpis Wykonawcy

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2016/PTSR** data: **06 czerwca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a)

oświadczam, że Wykonawca jest/nie jest* powiązany osobowo lub kapitałowo z 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, w szczególności poprzez:

- uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
- pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..... dnia

.....
podpis Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2016/PTSR** data: **06 czerwca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia nr 1/2016/PTSR** data: **06 czerwca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, wyrażam nieodwołalnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów procesu rekrutacji łącznie z możliwością publikacji wyników rekrutacji na stronie www oraz na wgląd w dokumentację dotyczącą wyżej wymienionego zamówienia przez Zamawiającego oraz przez organy kontrolujące projekt.

..... dnia

.....
podpis Wykonawcy