



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

**ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych w ośrodku dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu:
„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

Nr postępowania: 5/2016/PFRON data: 09 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 nie dopuszcza składania 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 **przeprowadzenie specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych w ośrodku dla śr. 10 osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

Indywidualne zabiegi rehabilitacyjne w ośrodku prowadzone będą śr. dla 10 os. po 2 serie po 15 dni zabiegowych na osobę i będą trwały średnio 2 godziny na osobę. Każdy chory będzie w tym czasie znajdować się pod opieką śr. 2 fizjoterapeutów z kwalifikacjami do wykonywania danego rodzaju zabiegów. Różnorodne zajęcia będą dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości chorego. Podczas konsultacji lekarz przepisze odpowiednie zabiegi dostosowane do możliwości i stanu zdrowia pacjenta.

Wykaz zabiegów:

- ćwiczenia indywidualne
- ćwiczenia w odciążeniu
- ćwiczenia czynno-bierne
- ćwiczenia bierne
- ćwiczenia ogólnokondycyjne
- masaż ręczny
- pole magnetyczne
- laseroterapia
- masaż pneumatyczny
- prądy interferencyjne lub elektrostymulacja
- masaż aparatem Zimmer lub kriokomora
- tor wodny lub system Tergumed line

Postępowanie rehabilitacyjne ma za zadanie pomóc pacjentowi w taki sposób, aby jak najdłużej mógł zachować swoje maksymalne możliwości. Zarówno rodzaj rehabilitacji, jak

i czas jej rozpoczęcia oraz trwania nie są obojętne. Regularne zajęcia rehabilitacyjne umożliwią chorym utrzymywanie sprawności fizycznej na możliwie najlepszym poziomie.

Wymagania niezbędne:

Budynek w którym zostaną przeprowadzone zabiegi rehabilitacyjne musi się znajdować na terenie województwa łódzkiego i musi być też przystosowany do poruszania się osób na wózkach inwalidzkich.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85142100-7 – usługi fizjoterapii

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- zapewnienie każdemu uczestnikowi konsultacji lekarskiej przed rozpoczęciem zabiegów rehabilitacyjnych,
- wykonanie każdemu uczestnikowi zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty zabiegowe, formularze BO, i inne)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- dostępność gabinetów zabiegowych dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu,
- odległość budynku maximum 200 m od środków komunikacji miejskiej bez barier architektonicznych
- umożliwienie sprawdzenia przez Zamawiającego posiadanych sprzętów rehabilitacyjnych oraz dostępności budynku na etapie rozstrzygnięcia zapytania ofertowego
- 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 karty zabiegowej,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, które będą brały udział w wsparciu dot. przeprowadzenia specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych w ośrodku

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: czerwiec 2016 r. – marzec 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,
2. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby prowadzącej rehabilitację (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. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Wykonawca musi udokumentować posiadane doświadczenie w zakresie prowadzenia zabiegów rehabilitacyjnych w okresie 3 lat przed ogłoszeniem niniejszego zapytania.

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.

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

- 1) kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności,
- 2) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń

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.

9. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania oferty
- poświadczenie kwalifikacji zawodowych personelu, który będzie wykonywał zlecone zabiegi
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.

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

Rozliczenia prowadzone w PLN

11. 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 każdy zabieg dla jednej osoby ze stwardnieniem rozsianym. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: 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.

12. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Monika Koza – kierownik biura tel. : 503 015 358

13. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **17.06.2016 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 przeprowadzenie specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych w ośrodku dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”

14. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) – max 15 pkt

Cena zaproponowana za realizację usługi – max 85 pkt

15. 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 rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) – 0 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) powyżej 5 lat - 15 pkt.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru kilku ofert i podziału przedmiotu zamówienia między kilku wykonawców.

16. 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

17. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

– 09 czerwiec 2016 r. – 24 czerwiec 2016 r.

18. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania w szczególności, jeżeli:

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

19. FINANSOWANIE

Zamówienie jest współfinansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

UWAGI KOŃCOWE

- 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:
 - 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.
- 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.



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

20. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **5/2016/PFRON** data: **09 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 **5/2016/PFRON** na przeprowadzenie specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych w ośrodku dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: **„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

W ramach kosztów zamówienia należy wyszczególnić:	cena jednostkowa brutto
- ćwiczenia indywidualne	
- ćwiczenia w odciążeniu	
- ćwiczenia czynno-bierne	
- ćwiczenia bierne	
- ćwiczenia ogólnokondycyjne	
- masaż ręczny	
- pole magnetyczne	
- laseroterapia	
- masaż pneumatyczny	
- prądy interferencyjne lub elektrostymulacja	
- masaż aparatem Zimmer lub kriokomora	
- tor wodny lub system Tergumed line	
Koszt całkowity brutto:	

.....
podpis Wykonawcy

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 **5/2016/PTSR** data: **09 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