

**ZAPYTANIE OFERTOWE na indywidualne usługi fizjoterapeutyczne
dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu:
„Pomocna dłoń 2”**

Nr postępowania: 1/2016/PD2/PFRON data: 15 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

Celem zamówienia jest wyłonienie wykonawcy/wykonawców, którzy będą prowadzić indywidualne usługi fizjoterapeutyczne dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników wynikających z Indywidualnego Planu Działania.

Przedmiotem zamówienia jest prowadzenie **rehabilitacji domowej dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM)** w ramach realizowanego projektu: „Pomocna dłoń 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Przedmiot zamówienia obejmuje prowadzenie rehabilitacji w domu chorego przez fizjoterapeutów, polegającej na realizacji indywidualnych usług fizjoterapeutycznych (np. masaże, ćwiczenia bierne, czynne) dla średnio 50 osób chorych na stwardnienie rozsiane, po średnio 54 godziny zabiegowe na osobę, skierowanych przez Zamawiającego na podstawie dokumentacji medycznej stanu chorobowego pacjenta. Planujemy przeprowadzenie 2700 godzin zajęć fizjoterapeutycznych w terminie do 31.03.2017 r. Liczba godzin usług dla danej osoby uzależniona będzie od indywidualnych potrzeb kierowanych pacjentów i uzgadniana pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym.

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w domu chorego.

Harmonogram realizacji zamówienia

Indywidualne usługi fizjoterapeutyczne będą prowadzone do 31.03.2017 r. Zamawiający powiadomi Wykonawcę i poda dane uczestników zajęć oraz miejsce ich prowadzenia w terminie do 7 dni przed ich rozpoczęciem. Dokładne terminy/godziny zajęć będą ustalane indywidualnie pomiędzy Wykonawcą a uczestnikiem zajęć.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

85142100-7 – usługi fizjoterapii

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty zabiegowe , formularze BO, i inne)
- 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,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których mają być przeprowadzone indywidualne usługi fizjoterapeutyczne.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia czerwiec 2016 r. – marzec 2017 r.

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Zamawiający dopuszcza do składania ofert osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia oraz osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

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, tj. osoba posiadającą uprawnienia do świadczenia usług fizjoterapeutycznych. 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 (o ile dotyczy),
- 2) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby udzielającej 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.

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 1

godzinę usługi dla jednej osoby ze stwardnieniem rozsianym. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: analizy dokumentacji medycznej, wystawienia stosownych zaświadczeń, dojazdu do pacjenta, 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 – tel. : 503 015 358

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **23.06.2016 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 indywidualne usługi fizjoterapeutyczne dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Pomocna dłoń 2”**

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

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

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.

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

Informacja o wyniku postępowania będzie się umieszczona na stronie internetowej www.lodz.ptsr.org.pl oraz wysłana do każdego z Oferentów, którzy złożyli ofertę.

Umowa z wybranymi wykonawcami zostanie zawarta przed podjęciem współpracy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.

16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania w szczególności, jeżeli:

- a. cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższającą 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 ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może być udzielane podmiotom powiązanym z beneficjentem osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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 a Wykonawcą, polegające w szczególności na:
 - a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
 - b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
 - c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
 - d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej 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

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2016/PD2/PFRON** data: **15 czerwca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: „Pomocna dłoń 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY
w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2016/PD2/PFRON** na indywidualne usługi
fizjoterapeutyczne dla osób ze stwardnieniem rozsianym

Przedmiot usługi	Cena brutto za 1 godzinę usługi fizjoterapeutycznej dla 1 osoby
1 godzina usługi fizjoterapeutycznej zawierająca koszty dojazdu do chorego	

.....
podpis Wykonawcy

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

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

.....
podpis Wykonawcy

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2016/PD2/PFRON** data: **15 czerwca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: „Pomocna dłoń 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu 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. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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 a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..... dnia

.....
podpis Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2016/PD2/PFRON** data: **15 czerwca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: „Pomocna dłoń 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia nr 1/2016/PD2/PFRON** data: **15 czerwca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: „Pomocna dłoń 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu 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