



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

ZAPYTANIE OFERTOWE na obsługę urządzeń zabiegowych na sali rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”

Nr postępowania: 8/2016/PFRON data: 22 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 obsługa urządzeń zabiegowych na sali podczas **prowadzonych 1152 godzin grupowych zajęć ogólnousprawniających na sali dla śr. 20 osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”** w okresie lipiec 2016 r. – marzec 2017 r.

W sali rehabilitacyjnej odbywają się zajęcia usprawniające naszych chorych i przygotowujące ich do uczestnictwa w innych formach wsparcia. Chorzy ćwiczą w dwóch grupach pod opieką 2 osób (rehabilitant i osoba po szkoleniach z zakresu obsługi urządzeń zabiegowych) przez 3 lub 4 dni w tygodniu po 4 godziny dziennie. W zajęciach uczestniczy śr. 10 osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. Zajęcia odbywają się w grupie w zależności od potrzeb jednostki i aktualnego stanu zdrowia. Szczególną troską objęci są uczestnicy poruszający się na wózku inwalidzkim ze względu na zagrożenie odleżynami, pogłębianiem się przykurczy mięśniowych, a co za tym idzie większym ograniczeniem samoobsługowym i ruchowym. Zajęcia rehabilitacyjne odbywają się w sali jak i na świeżym powietrzu. W okresach letnich organizowane są ćwiczenia usprawniające i gry sportowe dostosowane do możliwości ruchowych uczestników.

Wymagania niezbędne:

- osoby, które uzyskały odpowiednie kwalifikacje, tj. specjalista o interdyscyplinarnych kwalifikacjach zawodowych, bez realizacji procedur medycznych, osoba znająca obsługę urządzeń rehabilitacyjnych i zabiegowych na sali np. Systemu Medycznego Unittron, urządzenia do leczenia światłem SOLARIS, aparatu do masażu uciskowego, platformy balansowej, aparatu do elektroterapii). Zajmie się uruchamianiem i obsługą elektronicznych urządzeń zabiegowych oraz aplikowaniem odpowiednich zabiegów, dostosowanych do stanu zdrowia chorych z uwzględnieniem przeciwwskazań medycznych.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIENI (CPV)

- Kod CPV
– 85142100-7 – usługi fizjoterapii



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

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

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. listy obecności, 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,
- przekazanie wzoru list obecności,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, które będą brały udział w grupowych zajęciach ogólnousprawniających w sali.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: lipiec 2016 r. – marzec 2017 r.,
- miejsce: sala rehabilitacyjna w Polskim Towarzystwie Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi, ul. Przybyszewskiego 255/267, 92-338 Łódź

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 spełnienia 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 udzielającej świadczeń (np. prawo wykonywania zawodu, dyplom)

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 odbycie kursów/szkoleń z zakresu obsługi urzędzeń rehabilitacyjnych,
- kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

- 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 obsługi urzędzeń rehabilitacyjnych podczas grupowych zajęć ogólnousprawniających na sali. 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 – kierownik biura tel. : 503 015 358

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **28.06.2016 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 obsługę urzędzeń zabiegowych na sali 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 rehabilitacji osób 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:

Xc - wartość punktowa ceny

C min - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

Ci - 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. 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

- 22 czerwiec 2016 r. – 30 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

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanim 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,



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi

92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267

Tel./fax: 42 649-18-03

- 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. PTRS 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



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

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **8/2016/PFRON data: 22 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 **8/2016/PFRON na obsługę urządzeń zabiegowych na sali rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

Przedmiot zamówienia	Kwota brutto za przeprowadzenie 1 godz. obsługi urządzeń rehabilitacyjnych na sali
1 godzina obsługi urządzeń rehabilitacyjnych na sali	

.....
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 **8/2016/PTSR data: 22 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 **8/2016/PTSR data: 22 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 8/2016/PTSR data: 22 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