



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków PFRON

Nr postępowania: 3/2018/PFRON/KW data: 21 maj 2018 r.

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi
ul. Nastrojowa 10, 91-496 Łódź, lodz@ptsr.org.pl**

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY nie 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 przeprowadzenie średnio po 25 godz. konsultacji różnych specjalistów w zależności od wskazań wynikających z IPD oraz od aktualnego stanu zdrowia na terenie woj. łódzkiego i zachodniopomorskiego. Łącznie specjaliści przeprowadzą 500 godzin konsultacji dla śr. 25 osób. Indywidualne wsparcie udzielane będzie przez różnych specjalistów, w tym m.in. psychologa, logopedę, pielęgniarkę, prawnika, dietetyka. Specjaliści będą dostarczać odpowiedniej wiedzy beneficjentowi, stymulować jego aktywność, zadbają o skuteczną realizację IPD.

Wymagania niezbędne:

- prawnicy, psychologowie i specjaliści (np. pielęgniarka, dietetyk, logopeda) doświadczeni w pracy z osobami z niepełnosprawnością. Osoby z wykształceniem wyższym kierunkowym (ukończone studia z zakresu medycyny, prawa, psychologii, logopedii) lub z ukończonym kursem/szkołą policealną z zakresu dietetyki i pielęgniarstwa.
- 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 Oferentem.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85312320-8 usługi doradztwa,
- 85121100-4 ogólne usługi lekarskie,
- 85121200-5 specjalistyczne usługi medyczne,
- 85121270-6 usługi psychiatryczne lub psychologiczne,
- 79100000-5 usługi prawnicze.



4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty konsultacji, formularze BO)
- 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 karty konsultacji,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, z którymi będą prowadzone konsultacje indywidualne.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: czerwiec 2018 r. – marzec 2019 r.,
- miejsce: woj. zachodniopomorskie

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 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 przeprowadzenie 1 godziny konsultacji indywidualnej 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 – kierownik biura tel. : 503 015 358

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **28.05.2018 r. do godz. 16.00** osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 opatrzonej napisem:

ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków PFRON

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

- 21 maj 2018 r. – 08 czerwiec 2018 r.

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 przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

UWAGI KOŃCOWE

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 **3/2018/PFRON/KW** data: **21 maj 2018 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **3/2018/PFRON/KW** data: **21 maj 2018 r.** na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: **„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”** współfinansowanego ze środków PFRON

Przedmiot zamówienia*	Kwota brutto** za przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych na terenie woj. zachodniopomorskiego
Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez psychologa	
Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez logopedę	
Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez prawnika	
Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez dietetyka	
Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez pielęgniarkę	
Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez neurologa	

.....
podpis Wykonawcy

* wpisać właściwe, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami

** cena brutto tzn. musi uwzględniać wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania zamówienia oraz składki na ubezpieczenie społecznie i zdrowotne, których obowiązek regulowania wynika z aktualnie obowiązujących przepisów zarówno przez Wykonawcę oraz Zamawiającego (tj. płaca Wykonawcy brutto oraz narzuty na wynagrodzenie ze strony Zamawiającego).

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

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

.....
podpis Wykonawcy



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **3/2018/PFRON/KW** data: **21 maj 2018 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”** 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





Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10
Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **3/2018/PFRON/KW** data: **21 maj 2018 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia nr 3/2018/PFRON/KW** data: **21 maj 2018 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM**” 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