

**ZAPYTANIE OFERTOWE w formie rozeznania rynku na przeprowadzenie IPD dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 3”**

**Nr postępowania: 3/2019/PFRON/SM3/RR data: 28 luty 2019 r.**

**1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi  
ul. Nastrojowa 10, 91-496 Łódź, [lodz@ptsr.org.pl](mailto:lodz@ptsr.org.pl)**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY dopuszcza się 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 Indywidualnego Planu Działania (IPD) przez lekarza, psychologa i rehabilitanta dla 85 osób ze stwardnieniem rozsianym z terenu woj. łódzkiego, 25 osób ze stwardnieniem rozsianym z terenu woj. zachodniopomorskiego, 3 osoby ze stwardnieniem rozsianym z woj. kujawsko-pomorskiego i 7 osób ze stwardnieniem rozsianym z woj. wielkopolskiego w ramach realizowanego projektu: „Sprawić Moc 3” współfinansowanego ze środków PFRON. IPD ma na celu określenie poziomu kompetencji społecznych, preferencji, predyspozycji, mocnych i słabych stron oraz określenie strategii wsparcia w obszarach problematycznych.

**Wymagania niezbędne:**

- psycholog – ukończone studia wyższe na kierunku psychologia;
- lekarz – kwalifikacje potwierdzone wymaganymi dokumentami do udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. posiadający prawo wykonywania zawodu;
- rehabilitant - absolwenci średniej szkoły medycznej, studiów licencjackich lub magisterskich, o kierunku rehabilitacja lub fizjoterapia;
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością;

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: kwiecień 2019 r. – marzec 2020 r.,
- miejsce: woj. łódzkie, zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie, wielkopolskie.

#### 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. : 42 649 18 03

**12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY**

Ofertę należy dostarczyć do dnia **15.03.2019 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 w formie rozeznania rynku na przeprowadzenie IPD dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu „Sprawić Moc 3”**

**13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY**

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

**Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością – 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<sub>c</sub> - wartość punktowa ceny

C<sub>min</sub> - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

**Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” – 15 pkt.:**

- brak doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnością – 0 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością do 1 roku – 5 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością od 1 roku do 5 lat – 10 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością 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](http://www.lodz.ptsr.org.pl).

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

**16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

– 28 luty 2019 r. – 22 marzec 2019 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 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 **3/2019/PFRON/SM3/RR** data: **28 luty 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 3**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **3/2019/PFRON/SM3/RR** data: **28 luty 2019 r.** dotyczące zamówienia na przeprowadzenie IPD dla uczestników projektu oferujemy wykonanie usługi za:

| Przedmiot zamówienia*                              | województwo | Kwota brutto za opracowanie 1 diagnozy funkcjonalnej dla 1 osoby |
|----------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------|
| <b><i>Opracowanie IPD przez psychologa</i></b>     |             |                                                                  |
| <b><i>Opracowanie IPD przez lekarza</i></b>        |             |                                                                  |
| <b><i>Opracowanie IPD przez fizjoterapeutę</i></b> |             |                                                                  |

.....  
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 społeczne 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 z niepełnosprawnością**

| LP. | Daty (od – do)<br>(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 **3/2019/PFRON/SM3/RR data: 28 luty 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 3**” 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 **3/2019/PFRON/SM3/RR data: 28 luty 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sprać Moc 3”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia nr 2/2019/PFRON/SM 3 data: 28 luty 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sprać Moc 3”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

1. 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.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)“.

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy