

**SZACOWANIE WARTOŚCI ZAMÓWIENIA
NA USŁUGI PRACOWNIKA SOCJALNEGO
nr 2/RR/EFS/2019**

W związku z realizacją projektu pt. „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, O/Łódź** zaprasza do składania ofert w celu określenia wartości zamówienia

NAZWA I DANE ZAMAWIAJĄCEGO	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi 91 – 496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 NIP: 729-20-17-464 Telefon: 42 649 18 03 Mail: lodz@ptsr.org.pl
ZAKRES USŁUGI (obszar merytoryczny i opis grupy docelowej)	
OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Przedmiotem niniejszego zamówienia jest świadczenie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego usług pracownika socjalnego w ramach projektu pt. „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, nr umowy o dofinansowanie RPLD.09.02.01-10-F001/18-00 Przedmiotem niniejszego zamówienia są usługi pracownika socjalnego dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) świadczone na terenie woj. łódzkiego (powiaty: m. Łódź, Łódzki – wschodni, zgierski) w wymiarze czasu pracy ½ etatu, w ramach realizowanego projektu: „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020
LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH USŁUGI	½ etatu
OKRES REALIZACJI USŁUGI	Przedmiot zamówienia będzie realizowany od lipca 2019 r. do grudnia 2020 r. w poszczególne dni wskazane przez Zamawiającego w szczegółowym harmonogramie.
KOD CPV USŁUGI	85.30.00.00-2 - usługi pracy społecznej i podobnej
OPIS UCZESTNIKÓW	Grupę docelową stanowi 250 os. z niepełnosprawnością, tj. ze stwardnieniem rozsianym zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zamieszkujących na terenie woj. łódzkiego (powiaty: m. Łódź, Łódzki – wschodni, zgierski) w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego.

WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERTY	
OPIS MINIMALNYCH WYMAGAŃ MERYTORYCZNYCH WOBEC OFERENTA	1. wykształcenie zgodne z wymaganiami określonymi w Ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (art.116) oraz 2. doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż rok. 3. posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych, 4. mobilność, 5. dyspozycyjność, 6. znajomość i stosowanie w praktyce zasad równości szans i niedyskryminacji, w tym równości kobiet i mężczyzn. W celu potwierdzenia wymagań o których mowa powyżej, potencjalny wykonawca zawiera w ofercie oświadczenie o spełnieniu wszystkich wymagań merytorycznych. Zamawiający wyklucza udział Podwykonawców w realizacji zamówienia.
OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY	1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. 2. Oferta powinna być sporządzona zgodnie ze wzorem, co do treści oraz opisu kolumn i wierszy. 3. Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę. 4. Przed upływem terminu składania ofert, Wykonawca może wycofać ofertę. 5. Oferty można składać w formie elektronicznej.
KRYTERIA OCENY OFERT	Przedstawienie oferty zostanie dokonane wyłącznie w celu oszacowania wartości zamówienia (na podstawie ceny netto/brutto oferty).
TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT	Wszystkich oferentów, którzy spełniają minimalne wymagania formalne i merytoryczne prosimy o składanie ofert do dnia 17.07.2019 r. do godziny 15:00 kurierem, pocztą lub osobiście do siedziby: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi 91 – 496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 lub skany ofert na adres mailowy: lodz@ptsr.org.pl
ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU POSTĘPOWANIA	W toku dokonywania oceny złożonych ofert Zamawiający może wymagać udzielenia przez Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert. Niniejsza prośba nie stanowi procedury zasady konkurencyjności, a odpowiedź uzyskana przez Zamawiającego w procedurze szacowania nie będzie przez Zamawiającego traktowana jako oferta.

Łódź, 10.07.2019 r.

Monika Koza – koordynator projektu

**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA
NA USŁUGI PRACOWNIKA SOCJALNEGO
nr 2/RR/EFS/2019**

DANE WYKONAWCY:

Nazwa Wykonawcy:	
Województwo:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu, nr lokalu:	
e-mail do kontaktu:	
Telefon do kontaktu:	

OFERTA CENOWA

Rodzaj zajęć	Cena brutto za ½ etatu
Usługi pracownika socjalnego	zł (Słownie:)

OŚWIADCZENIA:

- 1) Oświadczam/y, iż posiadam/y uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
- 2) Oświadczam/y, iż posiadam/y doświadczenie, odpowiednią kadrę i kwalifikacje oraz znajduję/znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej umożliwiającej wykonania zadania.
- 3) Oświadczam/y, iż zapoznałam/em się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

Miejscowość....., dnia.....

.....
(pieczęć i czytelny podpis Wykonawcy lub osoby działającej w imieniu Wykonawcy)

** 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. płać Wykonawcy brutto oraz narzuty na wynagrodzenie ze strony Zamawiającego).*