

**SZACOWANIE WARTOŚCI ZAMÓWIENIA NA SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE
ŚWIADCZONE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA PRZEZ FIZJOTERAPEUTÓW
nr 6/RR/EFIS/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

<p align="center">NAZWA I DANE ZAMAWIAJĄCEGO</p>	<p>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</p>
<p align="center">ZAKRES USŁUGI (obszar merytoryczny i opis grupy docelowej)</p>	
<p>OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA</p>	<p>Przedmiotem niniejszego zamówienia jest świadczenie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania 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.</p> <p>Wsparcie świadczone będzie przez 15 fizjoterapeutów dla 95 osób niesamodzielnych (łącznie 5035 godz.). Średnia ilość godzin pracy w tygodniu fizjoterapeutów na określona jest na poziomie 2 godz. x 26,5 tyg. Usługi fizjoterapeutyczne będą świadczone zgodnie z aktualnym stanem zdrowia osoby z SM, co oznacza że przy rzucie choroby ilość godzin tygodniowo może być zwiększona, aby zatrzymać postęp choroby.</p> <p>1. Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania obejmuje m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: <ul style="list-style-type: none"> – zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii – współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych. <p>Specjalistyczna usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania jest realizowana w oparciu o indywidualny plan pracy z osobą objętą usługami</p>
<p>LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH USŁUGI</p>	<p>5035 godz.</p>
<p>OKRES REALIZACJI USŁUGI</p>	<p>Przedmiot zamówienia będzie realizowany od sierpnia 2019 r. do grudnia 2020 r. w poszczególne dni wskazane przez Zamawiającego po ustaleniu z uczestnikiem projektu.</p>

KOD CPV USŁUGI	Kod CPV 85142100-7 – usługi fizjoterapii
OPIS UCZESTNIKÓW	Grupę docelową stanowią os. z niepełnosprawnością, tj. ze stwardnieniem rozsianym zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zamieszkujące na terenie woj. łódzkiego (powiaty: m. Łódź, łódzki – wschodni, zgierski) w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego
WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERTY	
OPIS MINIMALNYCH WYMAGAŃ MERYTORYCZNYCH WOBEC OFERENTA	<p>Specjalistyczna usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania jest świadczona przez osobę, która spełnia łącznie następujące warunki:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych; b) posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej c) posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania d) posiada pełną zdolność do czynności prawnych e) mobilność, f) dyspozycyjność g) znajomość i stosowanie w praktyce zasad równości szans i niedyskryminacji, w tym równości kobiet i mężczyzn. <p>W celu potwierdzenia wymagań o których mowa powyżej, potencjalny wykonawca zawiera w ofercie oświadczenie o spełnieniu wszystkich wymagań merytorycznych.</p> <p>Zamawiający wyklucza udział Podwykonawców w realizacji zamówienia.</p>
OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY	<ol style="list-style-type: none"> 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. Zamawiający wymaga, aby ofertę podpisano zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej. 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 brutto oferty).
TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT	<p>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:</p> <p>Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi 91 – 496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 lub skany ofert na adres mailowy: lodz@ptrs.org.pl</p>



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, 11.07.2019 r.

Monika Koza – koordynator projektu

**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA NA SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE
ŚWIADCZONE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA PRZEZ FIZJOTERAPEUTÓW
6/RR/EFS/2019**

DANE WYKONAWCY:

Nazwa Wykonawcy:	
Województwo:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu, nr lokalu:	
NIP (o ile dotyczy):	
e-mail do kontaktu:	
Telefon do kontaktu:	

OFERTA CENOWA

Rodzaj zajęć	Cena jednostkowa za 1 godzinę brutto
Specjalistyczna usługa opiekuńczazł/godz (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)