



# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

**ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 4”**

**Nr postępowania: 4/2020/PFRON/SM4 data: 05 maj 2020 r.**

## **1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi  
ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź, [lodz@ptrs.org.pl](mailto:lodz@ptrs.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 przeprowadzenie średnio po 60 godz. konsultacji różnych specjalistów w zależności od wskazań wynikających z IPD oraz od aktualnego stanu zdrowia na terenie woj. łódzkiego, zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego. Łącznie specjaliści przeprowadzą 540 godzin konsultacji dla śr. 9 osób. Indywidualne wsparcie udzielane będzie przez różnych specjalistów, w tym m.in. psychologa, psychiatrę, logopedę, pielęgniarkę, prawnika, dietetyka, pracownik socjalny. Specjaliści będą dostarczać odpowiedniej wiedzy beneficjentowi, stymulować jego aktywność, zadbać o skuteczną realizację IPD.

### **Wymagania niezbędne:**

- prawnicy, psychologowie i specjaliści (np. pielęgniarka, dietetyk, psychiatra, logopeda, specjalista ds. uprawnień ON np. pracownik socjalny) 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;

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w biurze projektu, domach uczestników projektu lub w innym miejscu wskazanym przez Zamawiającego i ustalonym z Oferentem.

### **Wymagania dodatkowe:**

- odpowiedzialność za powierzone zadania,
- umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresogennych,
- miłe usposobienie,
- dyspozycyjność,



# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

- posiadanie samochodu i prawa jazdy kat. B
- komunikatywność, sumienność, obowiązkowość oraz uczciwość,

### 3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (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,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których mają być przeprowadzone opracowania IPD

### 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: czerwiec 2020 r. – marzec 2021 r.
- miejsce: woj. łódzkie, zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie.

### 7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

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. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki niezbędne, określone w pkt. 2 niniejszego Zapytania. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

Oferty Wykonawców nie spełniających warunków niezbędnych 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.

### 8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2,
- kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do wykonywania zawodu, CV,
- kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

- klauzula informacyjna z art. 13 RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia - zgodnie z załącznikiem nr 3,
- oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych udziału w postępowaniu – zgodnie z załącznikiem nr 4

## 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 kwotę **brutto za 1 godzinę zegarową za wykonanie przedmiotu 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, mail: [lodz@ptrs.org.pl](mailto:lodz@ptrs.org.pl)

## 12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **19.05.2020 r. do godz. 16.00** pocztą elektroniczną (w postaci skanu) na maila: [lodz@ptrs.org.pl](mailto:lodz@ptrs.org.pl) lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTRS) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, opatrzonej napisem **ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 4”.**

**W przypadku przesłania skanu oferty, oryginały dokumentów zostaną dostarczone przez Wykonawcę najpóźniej w dniu podpisania umowy.**

## 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:**

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 85 \text{ pkt.}$$



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

gdzie:

Xc - wartość punktowa ceny

C min - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

Ci - cena w ofercie „i”

# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

## 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.

## 15. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY

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

## 16. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- od dnia podpisania umowy do 31 marca 2021 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.

## 19. UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może być udzielane podmiotom powiązanim z beneficjentem osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:
  - a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  - b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  - d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej 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.

## 20. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Załącznik nr 3 - Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

Załącznik nr 4 - Oświadczenie Wykonawcy o nieprzekraczaniu 276 godz.



# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia .....

Imię i nazwisko Wykonawcy: .....

Adres: .....

Tel. kontaktowy: .....

e-mail: .....

Dotyczy zapytania ofertowego nr **4/2020/PFRON/SM4** data: **05 maj 2020 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sprawić Moc 4”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” na **przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów dla osób ze stwardnieniem rozsianym** w ramach prowadzonego projektu: **„Sprawić Moc 4”**

Specjalista: .....

Cena brutto\* za jedną godz. zegarową pracy.....

Słownie:.....

Województwo:.....

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



# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

## Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością

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

.....  
podpis Wykonawcy



# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia .....

Imię i nazwisko Wykonawcy: .....

Adres: .....

Tel. kontaktowy: .....

e-mail: .....

Dotyczy zapytania ofertowego nr **4/2020/PFRON/SM4** data: **05 maj 2020 r.** . w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 4**” 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. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić





# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

Klauzula informacyjna z art. 13 RODO w celu związanym  
z postępowaniem o udzielenie zamówienia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi, 90-349 Łódź ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18.**
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego **nr postępowania: 4/2019/UE data: 22 lipca 2019 r. z zachowaniem zasady konkurencyjności;**
- odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Umowę o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz podrozdział 6.5 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, dalej „wytyczne”;
- dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Umową o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania;
- obowiązek podania przez osobę fizyczną danych osobowych bezpośrednio jej dotyczących jest wymogiem określonym w przepisach wytycznych, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z wytycznych;
- w odniesieniu do danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- osoba fizyczna posiada:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych, które jej dotyczą;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania swoich danych osobowych (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba fizyczna uzna, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących narusza przepisy RODO;



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

- osobie fizycznej nie przysługuje:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.**

.....  
Zapoznałem/zapoznałam się i wyrażam zgodę  
(Data i podpis)



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18  
Tel./fax: 42 649-18-03

*Załącznik 4 do zapytania ofertowego*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPRZEKRACZANIU  
276 GODZIN ŁĄCZNEGO ZAANGAŻOWANIA ZAWODOWEGO MIESIĘCZNIE\***

Nazwa / Imię i nazwisko Wykonawcy: .....

Adres: .....

.....

.....

.....

Tel. ....

E-mail: .....

Ja niżej podpisany(a) .....

oświadczam, że po uwzględnieniu liczby godzin związanych z niniejszym zamówieniem moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych i innych podmiotów, nie przekracza 276 godzin miesięcznie.

.....  
podpis Wykonawcy