



**ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie masażu leczniczych na sali rehabilitacyjnej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu:
„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

Nr postępowania: 3/2020/PFRON/P data: 08 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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza składania 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

Masaż jest bezpieczną i nieinwazyjną terapią, która może być pomocna w obniżaniu stresu pacjenta a co za tym idzie poprawiać jego jakość życia. Masaż leczniczy ma na celu utrzymanie organizmu na stałym dobrym poziomie fizycznopsychicznym. Zapewnia doskonałe i wręcz natychmiastowe rozluźnienie mięśni, może być stosowana również leczniczo i ze wskazaniem na rehabilitację. Trwałe efekty zagwarantuje seria zabiegów wykonanych zarówno całościowo, jak i na poszczególne partie ciała. Polega na mechanicznym pobudzaniu tkanek najczęściej za pomocą rąk przy pomocy określonych technik wywierających na nie ucisk. Skutkiem takiego działania jest powstanie odczynu (miejscowego bądź ogólnego) w odpowiedzi na działający bodziec. Wyróżnia się wiele rodzajów masażu, które dopasowujemy zależnie od potrzeb np.: klasyczny, relaksacyjny, masaż limfatyczny. Korzyści, jakie przynosi masaż są wielorakie niemniej jednak od dłuższego już czasu przyjęło się łączyć tę formę terapii z innymi. Celem masażu jest pobudzenie krążenia obwodowego i przemiany materii, intensyfikacja cyrkulacji płynów tkankowych, a także przyspieszenie usuwania szkodliwych substancji powstałych w mięśniach na skutek przemęczenia. Techniki wykonywane na mięśniach i stawach pozwalają głęboko i efektywnie rozluźnić zbyt napięte mięśnie. W tym wsparciu uczestniczyć będzie 12 osób. Masaże wykonywane będą indywidualnie na sali w poniedziałki, środy, piątki i niektóre wtorki i czwartki. Każdy uczestnik skorzysta ze średnio 96 masażu w ciągu roku.

Wymagania niezbędne:

- osoby, które uzyskały odpowiednie kwalifikacje, tj. tytuł zawodowego technika masażysty, dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik masażysta, absolwent średniej szkoły medycznej, studiów licencjackich lub magisterskich, o kierunku rehabilitacja lub fizjoterapia, specjalista w zakresie stosowania różnorodnych technik masażu;
 - doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM);
- Przedmiot zamówienia świadczony będzie w sali rehabilitacyjnej PTRS O/Łódź.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIENI (CPV)

Kod CPV

- 85142100-7 – usługi fizjoterapii

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. listy obecności, formularze BO, i inne)
- 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 masażu,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, które będą brały udział w indywidualnych masażach leczniczych w sali.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: czerwiec 2020 r. – marzec 2021 r.,
- miejsce: sala rehabilitacyjna w Polskim Towarzystwie Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź

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, dyplom)

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,
- kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.
- klauzula informacyjna z art.13 RODO – zgodnie z załącznikiem nr 3.

- oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w postępowaniu – zgodnie z załącznikiem nr 4.
- oświadczenie Wykonawcy o nieprzekroczeniu 276 godz. – zgodnie z załącznikiem nr 5.

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 1 godzinę masażu leczniczego świadczonego dla 1 osoby. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: analizy dokumentacji medycznej, wystawienia stosownych zaświadczeń, dojazdu do pacjenta, 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 **22.05.2020 r. do godz. 16.00** pocztą elektroniczną (w formie skanu) na email: lodz@ptsr.org.pl lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź, opatrzonej napisem:

ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie masażu leczniczych na sali dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Doświadczenie w rehabilitacji osób 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
Ci - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 15 pkt.:

- brak doświadczenia w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) – 0 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób 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

Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert

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 powiązanim 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 – Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

Załącznik nr 4 – Oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w postępowaniu.

Załącznik nr 5 – Oświadczenie Wykonawcy o nieprzekraczaniu 276 godz..



....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **3/2020/PFRON/P** data: **08 maj 2020 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **3/2020/PFRON/P** na przeprowadzenie indywidualnych masażów leczniczych na sali dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: **„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”**

Przedmiot zamówienia	Kwota brutto za przeprowadzenie 1 godz. masażu leczniczego dla 1 osoby*
1 godzina masażu leczniczego dla 1 osoby zawierająca koszty dojazdu do sali rehabilitacyjnej	

.....
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).*

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

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

.....
podpis Wykonawcy



....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **3/2020/PFRON/P** data: **08 maj 2020 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”** 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:

- 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.

..... dnia

.....
podpis Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić

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: 3/2020/PFRON/P data: 08 maja 2020 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;

- 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)



Imię i nazwisko Wykonawcy:

Adres:

Tel. kontaktowy:

e-mail:

Dotyczy zapytania ofertowego nr **3/2020/PFRON/P** data: **08 maja 2020 r.** r. w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oświadczam, że przystępując po przedmiotowego postępowania spełniam warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności objętej przedmiotem zamówienia, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania doświadczenia w realizacji usług będących przedmiotem zamówienia;

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 kk.

.....

(imię i nazwisko, podpis Wykonawcy)



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

Załącznik 5 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 nie przekracza 276 godzin miesięcznie.

.....
podpis Wykonawcy

*** Dotyczy osób fizycznych, prowadzących i nieprowadzących działalności gospodarczej, które będą osobiście realizować zamówienie.**