

ZAPYTANIE OFERTOWE prowadzone w trybie rozeznania rynku
na wyłonienie specjalistów w celu opracowania Indywidualnego Planu Działania dla osób chorych
na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu:
„Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”.

Nr postępowania: 1/2021/PFRON/P5/RR data: 05 maj 2021 r.

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi
ul. ks. bp. W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź, lodz@ptsr.org.pl

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.
ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza 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 rozeznania rynku jest **wyłonienie specjalistów opracowujących Indywidualne Plany Działań przez psychologa, lekarza/pielęgniarkę i fizjoterapeutę dla 88 osób ze stwardnieniem rozsianym z terenu woj. łódzkiego** w ramach realizowanego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Indywidualny Plan Działania (IPD) oceni stan zdrowia BO, określi kompetencje i stopień umiejętności oraz samodzielności BO poprzez opracowanie i wskazanie rokowań co do możliwości realizacji celu projektu w odniesieniu do danego beneficjenta ostatecznego. W zależności od potrzeb BO, stanu zdrowia, kompetencji psychologicznych i społecznych, beneficjenci projektu skierowani zostaną do uczestnictwa w formach wsparcia, jednocześnie zaznaczając na IPD prawdopodobieństwo uzyskania celu projektu. Istnieje możliwość zakwalifikowania jednej osoby do kilku form wsparcia oferowanych w projekcie.

Wymagania niezbędne:

- rehabilitant – min. wykształcenie średnie o kierunku technik fizjoterapii
- psycholog – ukończone studia wyższe na kierunku psychologia;
- lekarz/pielęgniarka – kwalifikacje potwierdzone wymaganymi dokumentami do udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. posiadający prawo wykonywania zawodu;
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM);

Przedmiot rozeznania rynku świadczony będzie w biurze projektu, domach beneficjentów ostatecznych projektu lub w innym miejscu wskazanym przez Zamawiającego i ustalonym z Wykonawcą.

3. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji z przeprowadzonych konsultacji,
- przeprowadzenie szczegółowej konsultacji z beneficjentami projektu,
- wyraźne określenie przeciwwskazań do określonych form wsparcia jeśli podczas konsultacji takowe zostaną ujawnione,
- określenie dostępnych możliwości rehabilitacji, usprawnienia beneficjenta ze względu na jego możliwości medyczne, psychologiczne oraz fizjologiczne,
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- prowadzenie usług zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym przez Zamawiającego,
- współpraca z koordynatorem projektu.

4. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,
- przekazanie wzoru formularza Indywidualnego Planu Działania,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których będzie opracowany Indywidualny Plan Działania.

5. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: maj 2021 r. – marzec 2022 r.
- miejsce: woj. łódzkie

6. 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.
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 3.

7. 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 opracowanie Indywidualnego Planu Działania dla 1 osoby trwającego średnio 1 godzinę świadczonego 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.

8. OSOBY UPRAWNIONE DO KONTAKTU

Monika Koza – kierownik biura tel. : 503 015 358

9. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **12.05.2021 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. bp. W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź, opatrzonej napisem:

Zapytanie ofertowe prowadzone w formie rozeznania rynku na wyłonienie specjalistów w celu opracowania Indywidualnego Planu Działania dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”.

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

10. OCENA OFERTY

Informujemy, że niniejsze rozeznanie rynku nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych. Rozeznanie rynku ma na celu potwierdzenie, że dana usługa została wykonana po cenie nie wyższej niż cena rynkowa. W celu zapewnienia porównywalności wszystkich ofert Zamawiający zastrzega sobie prawo do skontaktowania się z wybranymi Wykonawcami w celu uzupełnienia lub doprecyzowania kalkulacji ceny.

11. 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.

12. 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.

13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Zamawiający zastrzega sobie prawo do:

- a) Zmiany lub uzupełnienia treści niniejszego zapytania ofertowego.
- b) Żądania szczegółowych informacji i wyjaśnień od Wykonawców na etapie składania ofert.
- c) Wyłącznej interpretacji zapisów ogłoszenia.
- d) Odpowiedzi tylko na wybraną ofertę.
- e) Unieważnienia niniejszego postępowania bez podania przyczyny

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 prowadzonego w formie rozeznania rynku nr **1/2021/PFRON/P5/RR**
data: 05 maj 2021 r. w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

Rodzaj zajęć	Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę
Przeprowadzenie Indywidualnego Planu Działania przez lekarza	
Przeprowadzenie Indywidualnego Planu Działania przez pielęgniarkę	
Przeprowadzenie Indywidualnego Planu Działania przez psychologa	
Przeprowadzenie Indywidualnego Planu Działania przez fizjoterapeutę	

Oświadczenia:

1. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią rozeznania rynku i wymogami Zamawiającego. Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim określone.
2. Oświadczam, iż dysponuję niezbędnym zapleczem oraz potencjałem gwarantującym rzetelne wykonanie zamówienia.
3. Oświadczam, iż znajduję się w sytuacji finansowej i ekonomicznej, zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.
4. Oświadczam, iż podana cena brutto jest ceną uwzględniającą wszystkie koszty wykonania zamówienia.
5. Oświadczam, iż w przypadku wyboru niniejszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

.....
podpis Wykonawcy

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego prowadzonego w formie rozeznania rynku nr **1/2021/PFRON/P5/RR**
data: 05 maj 2021 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

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2021/PFRON/P5/RR** data: **05 maj 2021 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z zapytaniem ofertowym prowadzonym w formie rozeznania rynku nr **1/2021/PFRON/P5/RR** data: **05 maj 2021 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo-społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 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.

..... dnia

.....
podpis Wykonawcy