

**ZAPYTANIE OFERTOWE**  
**na przeprowadzenie IPD dla uczestników projektu:**  
**„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków PFRON**

**Nr postępowania: 1/2017/PFRON/KW data: 24.04.2017 r.**

**1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi**  
**ul. Przybyszewskiego 255/267, 92-338 Łódź, [lodz@ptsr.org.pl](mailto:lodz@ptsr.org.pl)**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

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 **opracowanie Indywidualnego Planu Działania (IPD) przez lekarza, psychologa i rehabilitanta dla 90 osób ze stwardnieniem rozsianym z terenu woj. łódzkiego i 65 osób ze stwardnieniem rozsianym z terenu woj. zachodniopomorskiego** w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków PFRON. IPD ma na celu określenie poziomu kompetencji społecznych, preferencji, predyspozycji, mocnych i słabych stron osoby ze stwardnieniem rozsianym oraz określenie strategii wsparcia w obszarach problematycznych.

**Wymagania niezbędne:**

- psycholog – ukończone studia wyższe na kierunku psychologia;
- lekarz – kwalifikacje potwierdzone wymaganymi dokumentami do udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. posiadający prawo wykonywania zawodu;
- rehabilitant - absolwenci średniej szkoły medycznej, studiów licencjackich lub magisterskich, o kierunku rehabilitacja lub fizjoterapia;
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM);

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

**3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

CPV: 85000000-9

**4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY**

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. listy obecności, formularze)
- 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 formularza IPD,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których będzie opracowane IPD.

## 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie realizowane będzie w siedzibie Zamawiającego na terenie woj. łódzkiego lub/i w siedzibie Oddziału PTSR na terenie woj. zachodniopomorskiego w okresie kwiecień 2017 r. – 31 marzec 2018 r. oraz w domach uczestników projektu na terenie woj. łódzkiego i zachodniopomorskiego.

## 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, dyplomy)

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

## 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 opracowanie 1 IPD dla

1 osoby 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.

#### **11. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI**

Monika Koza – kierownik biura: 503 015 358

#### **12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY**

Ofertę należy dostarczyć do dnia **05.05.2017 r. do godz. 16.00** osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267 opatrzonej napisem: „**ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie IPD dla uczestników projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”**”

#### **13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY**

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 to cena (80%) i doświadczenie w pracy z osobami z SM w charakterze fizjoterapeuty, lekarza lub psychologa - (20%).

#### **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” – 80 pkt:**

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 80 \text{ pkt.}$$

gdzie:

X<sub>c</sub> - wartość punktowa ceny

C<sub>min</sub> - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

C<sub>i</sub> - cena w ofercie „i”

##### **Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 20 pkt.:**

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z SM w charakterze fizjoterapeuty lub lekarza lub psychologa: poniżej 1 roku - 5 pkt.

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z SM w charakterze fizjoterapeuty lub lekarza lub psychologa: od 1 roku do 3 lat - 10 pkt.

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z SM w charakterze fizjoterapeuty lub lekarza lub psychologa: od powyżej 3 lat do 5 lat - 15 pkt.

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z SM w charakterze fizjoterapeuty lub lekarza lub psychologa: pow. 6 lat - 20 pkt.

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

Zamawiający dopuszcza do składania ofert osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia, a także osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

Zamawiający dopuszcza możliwość wybrania kilku oferentów lub nie wybrania żadnej oferty.

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 punktacją uzyskaną za zaoferowaną cenę zdecyduje o dokonaniu ostatecznego wyboru.

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

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieszcza informacje o rozstrzygnięciu zapytania ofertowego na stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie.

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

#### **16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Wykonawca jest związany złożoną ofertą do 08.05.2017.

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 z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „**Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM**”

#### **UWAGI KOŃCOWE**

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanim osobowo lub kapitałowo ze Zleceniobiorcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zleceniobiorcy lub osobami wykonującymi w imieniu Zleceniobiorcy czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:
  - uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  - posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
  - pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  - 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.

## **2. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

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

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

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

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2017/PFRON/KW data: 24.04.2017 r.** w ramach projektu „**Pomocna dłoń 3**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2017/PFRON/KW data: 24.04.2017 r.** dotyczące zamówienia na przeprowadzenie IPD dla uczestników projektu oferujemy wykonanie usługi za:

Przedmiot zamówienia*	województwo	Kwota brutto za opracowanie 1 diagnozy funkcjonalnej dla 1 osoby
<b><i>Opracowanie IPD przez psychologa</i></b>	.....	
<b><i>Opracowanie IPD przez lekarza</i></b>	.....	
<b><i>Opracowanie IPD przez fizjoterapeutę</i></b>	.....	

Ostateczna liczba uczestników zajęć uzależniona będzie od porozumienia pomiędzy Koordynatorem projektu a Wykonawcą.

.....

podpis Wykonawcy

**Wykaz prac wykonywanych przez Wykonawcę, w których wykorzystywał w sposób praktyczny wiedzę zawartą w tematyce przedmiotu, który będzie prowadził:**

L.p.	Daty (rok od – do)	Nazwa Pracodawcy Zamawiającego	Obowiązki	Stanowisko

.....  
podpis Wykonawcy

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

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

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2017/PFRON/KW data: 24.04.2017 r.** w ramach projektu „Pomocna dłoń 3” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) .....

**oświadczam, że jestem/nie jestem\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.**

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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 a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- 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.

.....

podpis Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić



Załącznik 3 do zapytania ofertowego

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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2017/PFRON/KW data: 24.04.2017 r.** w ramach projektu „**Pomocna dłoń 3**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr **1/2017/PFRON/PD3 data: 21.04.2017 r.** w ramach projektu „**Pomocna dłoń 3**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu 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