



ZAPYTANIE OFERTOWE

na zakwaterowanie i wyżywienie dla 30 uczestników i 4 osób z obsługi podczas usprawniających warsztatów wyjazdowych dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu:
„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”

Nr postępowania: 2/2017/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

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

Celem zamówienia jest wyłonienie wykonawcy na usługę zakwaterowania, wyżywienia i wynajmu sali dla 30 osób z SM i 4 osób z obsługi (instruktor, koordynator i 2 wolontariuszy), podczas 6-dniowych warsztatów (5 noclegów).

Przedmiotem zamówienia jest **zakwaterowanie i wyżywienie podczas warsztatów usprawniających z zajęciami jogi** w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

a) Zakwaterowanie i wyżywienie podczas 6-dniowych warsztatów (5 noclegów):

- **Nocleg dla 34 osób (30 niepełnosprawnych i 4 osób z obsługi)** - zapewnienie uczestnikom zakwaterowania w pensjonacie/ośrodku wypoczynkowym dysponującym pokojami:
 - 15 pokoi 2 osobowych,
 - 4 pokoje 1 osobowe.

Wszystkie pokoje dostosowane dla osób z dysfunkcją narządu ruchu, z łazienkami, telewizorem, czajnikiem bezprzewodowym, szklankami, pościelą oraz ręcznikami. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany ilości pokoi dwuosobowych na rzecz pokoi jednoosobowych (lub odwrotnie) w sytuacji, jeśli liczba kobiet w stosunku do mężczyzn będzie niesymetryczna,

b) **Całodzienne wyżywienie (tj. śniadanie, obiad, kolacja)** podczas pobytu dla 34 osób. Śniadania i kolacje w postaci szwedzkiego stołu z min. 2 potrawami na ciepło i napojami do wyboru (woda, soki, kawa, herbata). Dwudaniowy obiad (zupa+drugie danie) z napojami i deserem.

- Każdego dnia min. 2 różne zestawy obiadowe do wyboru z uwzględnieniem potraw wegetariańskich i mięsnych.

Prosimy o udokumentowanie powyższych warunków (menu przewidziane na czas pobytu).

- c) **zaplecze rehabilitacyjne** (min. jedna sala do ćwiczeń jogi dla 30 osób)
- d) **lokalizacja ośrodka:** teren województwa małopolskiego
 - ośrodek, w którym będzie świadczona usługa musi być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu,
 - każdy pokój z łazienką, telewizorem, czajnikiem bezprzewodowym, szklankami, pościelą i ręcznikami,
 - stały dostęp do Internetu w całym obiekcie,
 - bezpłatny parking dla autokarów na terenie ośrodka,
 - wszystkie usługi muszą być świadczone w jednym budynku,
 - umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez właściwe instytucje kontrolne.

Harmonogram realizacji zamówienia

Zamawiający przedstawi Wykonawcy harmonogram warsztatów w terminie do 2 dni przed ich rozpoczęciem.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

- 55270000-3 - Usługi świadczone przez placówki oferujące wyżywienie i miejsca noclegowe

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- oznakowanie pomieszczeń i dokumentów dotyczących przedmiotu zamówienia zgodnie z wytycznymi PFRON (Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez właściwe instytucje kontrolne
- zapewnienie zakwaterowania w budynku bez barier architektonicznych

5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy narzędzi badawczych do realizacji zadań,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie,
- dostarczenie harmonogramu pobytu do 2 dni przed planowanym rozpoczęciem warsztatów

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia 22 – 27.05.2017 r.

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę posiada:

- uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,
- doświadczenie w zakwaterowaniu i wyżywieniu uczestników warsztatów (dorosłych osób niepełnosprawnych),
- zdolności finansowe oraz techniczne do wykonania usługi,

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.

8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem

terminu składania oferty,

- wpis do rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- wpis do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- dokumentacja potwierdzająca warunki wyżywienia i zakwaterowania wymienione w punkcie 2a i 2b (np. dokumentacja fotograficzna pokoi, menu na 6 dni pobytu),
- referencje,
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.

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 jeden dzień zakwaterowania i wyżywienia dla 1 osoby, koszt wynajmu sali za 1 godzinę.

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 – tel. : 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 zakwaterowanie i wyżywienie dla 30 uczestników i 4 osób z obsługi podczas usprawniających warsztatów wyjazdowych dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”**

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

KRYTERIUM 1: Cena usługi – max. 70 pkt.,

KRYTERIUM 2: Doświadczenie w warsztatach dla dorosłych osób niepełnosprawnych – max.15 pkt.

KRYTERIUM 3: Posiadanie referencji dotyczących wyżywienia i zakwaterowania podczas pobytu grup z dysfunkcją narządu ruchu – max. 15 pkt.

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie możliwość wizji lokalnej w celu stwierdzenia jakości opisanych warunków.

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” – 70 pkt.:

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 70 \text{ pkt.}$$

gdzie:

X_c - wartość punktowa ceny

C_{min} - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

C_i - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” – 15 pkt.:

- liczba warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych od 1 do 5 – 5 pkt.
- liczba warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych od 6 do 10 – 10 pkt.
- liczba warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych powyżej 10 – 15 pkt.

Zasady oceny kryterium „Referencje” - 15 pkt.:

- do 5 referencji – 5 pkt.
- 5–10 referencji – 10 pkt.
- powyżej 10 referencji – 15 pkt.

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

Informacja o wyniku postępowania będzie się umieszczona się na stronie internetowej: www.lodz.ptsr.org.pl

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

16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

do 10 maja 2017 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 ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

UWAGI KOŃCOWE



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267
Tel./fax: 649-18-03

1. Zamówienie nie może być udzielane podmiotom powiązanym 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,
 - 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.

19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267
Tel./fax: 649-18-03

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2017/PFRON/KW data: 24.04.2017 r.** w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr **2/2017/PFRON/KW data: 24.04.2017 r.** w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków PFRON

Usługa	Cena
zakwaterowanie (zł/osoba) za 1 dobę pobytu	
wyżywienie całodzienne (zł/osoba) za 1 dzień pobytu	
wynajem sali (zł/godz.)	

.....
podpis Wykonawcy



**Wykaz doświadczenia w zakresie zakwaterowania i wyżywienia
podczas warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych**

Termin realizacji usługi	Rodzaj wyjazdu	Grupa docelowa (w tym liczba osób)	Nazwa podmiotu zlecającego

.....
podpis Wykonawcy



....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2017/PFRON/KW data: 24.04.2017 r.** w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków PFRON

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