

ZAPYTANIE OFERTOWE
na indywidualne usługi fizjoterapeutyczne
dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu:
„Pomocna dłoń 3” współfinansowanego ze środków PFRON

Nr postępowania: 2/2017/PFRON/PD3 data: 25.04.2017 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.

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 są **indywidualne usługi fizjoterapeutyczne dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) świadczone na terenie woj. łódzkiego** w ramach realizowanego projektu: „Pomocna dłoń 3” współfinansowanego ze środków PFRON.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług zdrowotnych przez fizjoterapeutów, polegających na realizacji indywidualnych usług fizjoterapeutycznych (np. masaże, ćwiczenia bierne, czynne) dla średnio 76 osób chorych na stwardnienie rozsiane, skierowanych przez Zamawiającego na podstawie dokumentacji medycznej stanu chorobowego pacjenta. Planujemy przeprowadzenie 3420 godzin zajęć fizjoterapeutycznych w terminie do 31.03.2018 r. Liczba godzin usług dla danej osoby uzależniona będzie od indywidualnych potrzeb kierowanych pacjentów i uzgadniana pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym.

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w domu chorego.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

85142100-7 – usługi fizjoterapii

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty zabiegowe, 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,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których mają być przeprowadzone indywidualne usługi fizjoterapeutyczne.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie realizowane będzie w domach uczestników projektu na terenie woj. łódzkiego w okresie maj 2017 r. – 31 marzec 2018 r.

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Zamawiający dopuszcza do składania ofert 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, dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania, tj. osoba posiadającą uprawnienia do świadczenia usług fizjoterapeutycznych. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

W celu potwierdzenia, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca przedłoży;

1) kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),

2) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń

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.

8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do wykonywania zawodu,
- CV,
- 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 1 godzinę usługi dla jednej osoby ze stwardnieniem rozsianym. 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: 503 015 358

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **12.05.2017 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 indywidualne usługi fizjoterapeutyczne dla uczestników projektu: „Pomocna dłoń 3”**”

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Zamawiający dopuszcza możliwość wybrania kilku oferentów lub nie wybrania żadnej oferty. Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Doświadczenie w pracy z osobami 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

C_i - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 15 pkt.:

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

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

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. „Pomocna dłoń 3”.

UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanym 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 **2/2017/PFRON/PD3 data: 25.04.2017 r.** w ramach projektu „**Pomocna dłoń 3**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr 2/2017/PFRON/PD3 data: 25.04.2017 r. dotyczące zamówienia na indywidualne usługi fizjoterapeutyczne dla uczestników projektu oferujemy wykonanie usługi za:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1 godzinę usługi fizjoterapeutycznej dla 1 osoby*
1 godzina usługi fizjoterapeutycznej zawierająca koszty dojazdu do chorego/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):

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

.....
podpis Wykonawcy

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2017/PFRON/PD3 data: 25.04.2017 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 **2/2017/PFRON/PD3** data: **25.04.2017 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 **2/2017/PFRON/PD3** data: **25.04.2017 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