



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

ZAPYTANIE OFERTOWE na zakwaterowanie, wyżywienie, wynajem sali na zajęcia warsztatowe oraz zorganizowanie imprezy integracyjnej podczas warsztatów społecznych i relaksacji w ramach realizowanego projektu: „Pomocna Dłoń 3” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Nr postępowania: 7/2017/PFRON/PD3 data: 04.08.2017 r.

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi
ul. Nastrojowa 10, 91-496 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 na zajęcia warsztatowe oraz impreza integracyjna dla 20 osób z SM i 5 osób z obsługi (koordynator, 2 os. prowadzące i 2 wolontariuszy), podczas 7-dniowych warsztatów **(6 noclegów)**.

Przedmiotem zamówienia jest **zakwaterowanie, wyżywienie, wynajem sali na zajęcia warsztatowe oraz zorganizowanie imprezy integracyjnej podczas warsztatów społecznych i relaksacji** w ramach realizowanego projektu: „Pomocna Dłoń 3” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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

- a) **Nocleg dla 25 osób (20 osób z niepełnosprawnością i 5 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 25 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.

Projekt współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

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 dla 20 osób)

d) organizacja imprezy integracyjnej dla 25 osób

e) lokalizacja ośrodka: teren województwa lubelskiego

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)

Kod 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 potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,
- przekazanie wzoru listy obecności,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, które będą brały udział w wsparciu dot. zajęć na basenie

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: 20 sierpień 2017 r. – 26 sierpień 2017 r.,
- miejsce: woj. lubelskie

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,

Projekt współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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 oraz koszt zorganizowania imprezy integracyjnej dla 1 osoby.

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 **11.08.2017 r. do godz. 16.00** osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 91-946 Łódź, ul. Nastrojowa 10, opatrzonej napisem:



ZAPYTANIE OFERTOWE na zakwaterowanie, wyżywienie, wynajem sali na zajęcia warsztatowe oraz zorganizowanie imprezy integracyjnej podczas warsztatów społecznych i relaksacji w ramach realizowanego projektu: „Pomocna Dłoń 3”.

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:

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 85 \text{ pkt.}$$

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 prowadzeniu zajęć dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) – 0 pkt.
- doświadczenie w prowadzeniu zajęć dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) do 1 roku – 5 pkt.
- doświadczenie w prowadzeniu zajęć dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) od 1 roku do 5 lat – 10 pkt.
- doświadczenie w prowadzeniu zajęć dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) powyżej 5 lat – 15 pkt.

Zasady oceny kryterium „Referencje” - 15 pkt.:

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

Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru kilku ofert i podziału przedmiotu zamówienia między kilku wykonawców.



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

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 OFERTA

– 04 sierpnia 2017 r. – 18 sierpnia 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 przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanych 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.

Projekt współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Projekt współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **7/2017/PFRON/PD3 data: 04.08.2017 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Pomocna Dłoń 3”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **7/2017/PFRON/PD3** na **zakwaterowanie, wyżywienie, wynajem sali na zajęcia warsztatowe oraz zorganizowanie imprezy integracyjnej podczas warsztatów społecznych i relaksacji w ramach realizowanego projektu: „Pomocna Dłoń 3”.**

Przedmiot zamówienia	Kwota brutto
zakwaterowanie (zł/osoba) za 1 dobę pobytu	
wyżywienie całodzienne (zł/osoba) za 1 dzień pobytu	
wynajem sali (zł/godz.)	

Projekt współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

zorganizowanie imprezy integracyjnej (zł/osoba)	
----------------------------------------------------	--

.....
podpis Wykonawcy

Projekt współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

**Doświadczenie w prowadzeniu zajęć dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM):
Wykaz prac wykonywanych przez Wykonawcę, w których wykorzystywał w sposób praktyczny
wiedzę zawartą w tematyce przedmiotu, który będzie prowadził:**

LP.	Daty (rok od – do rok)	Rodzaj organizowanych zajęć dla chorych na SM i ilość uczestników

.....
podpis Wykonawcy



....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **7/2017/PFRON/PD3 data: 04.08.2017 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Pomocna Dłoń 3**” 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