



**ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie rehabilitacji domowej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 2”**

**Nr postępowania: 1/2018/PFRON/SM2 data: 11 maj 2018 r.**

**1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi  
ul. Nastrojowa 10, 91-496 Łódź, [lodz@ptsr.org.pl](mailto:lodz@ptsr.org.pl)**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY 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**

Przedmiotem zamówienia są indywidualne zajęcia dot. rehabilitacji w warunkach domowych prowadzone dla 50 osób posiadających znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności po 50 dni zabiegowych na osobę. Zajęcia będą trwały średnio 1 godzinę. W zależności od wskazań lekarskich (wymienionych w IPD) oraz stanu pacjenta, jego możliwości i potrzeb, przepisane będą następujące zabiegi; masaż ręczny klasyczny, ćwiczenia bierne i czynno - bierne, masaże stawu biodrowego, reedukcja chodu, ćwiczenia wzmacniające, masaże kończyn dolnych i kończyn górnych, ćwiczenia równoważne, pionizacja, ćwiczenia rozluźniające, udzielanie porad z zakresu dalszych ćwiczeń samodzielnych lub przy pomocy rodziny, udzielanie informacji o istniejącym sprzęcie rehabilitacyjnym i pomocniczym, naukę prawidłowej pielęgnacji leżącego. Zaproponowane ćwiczenia mają poprawić u osób chorych kondycję fizyczną, stan funkcjonalny, a także zmniejszyć ryzyko chorób cywilizacyjnych wynikających z niskiej aktywności ruchowej.

**Wymagania niezbędne:**

rehabilitant – absolwent średniej szkoły medycznej, studiów licencjackich lub magisterskich, o kierunkach rehabilitacja lub fizjoterapia, z ukończonymi kursami z zakresu najnowszych metod rehabilitacji (np. pnf, NDT- Bobath); specjalista w zakresie stosowania metod fizjoterapii. Osoba posiadająca doświadczenie w zakresie prowadzenia rehabilitacji osób niepełnosprawnych, w tym chorych na stwardnienie rozsiane.

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w domach beneficjentów ostatecznych projektu.

### 3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85142100-7 – usługi fizjoterapii

### 4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty zabiegowe, 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 karty zabiegowej,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których będzie prowadzona rehabilitacja domowa.

### 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: czerwiec 2018 r. – grudzień 2018 r.
- miejsce: woj. łódzkie, zachodniopomorskie

### 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 spełnienia 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 (o ile dotyczy)
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,
- 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 rehabilitacji domowej dla 1 osoby. 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 tel.: 503 015 358

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

Ofertę należy dostarczyć do dnia **18.05.2018 r. do godz. 16.00** osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 opatrzonej napisem: **ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie rehabilitacji domowej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 2”**

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

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

**Doświadczenie w rehabilitacji osób 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<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” - 15 pkt.:

- brak doświadczenia w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) – 0 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób 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. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru kilku ofert i podziału przedmiotu zamówienia między kilku wykonawców.

#### 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](http://www.lodz.ptsr.org.pl).

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

#### 16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

– 11 maj 2018 r. – 25 maj 2018 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 Zamawiającego 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 współnik 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.

#### 19. 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



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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2018/PFRON/SM2** data: **11 maj 2018 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sprawić Moc 2”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**FORMULARZ OFERTOWY**

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2018/PFRON/SM2** na przeprowadzenie rehabilitacji domowej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: **„Sprawić Moc 2”**

Przedmiot zamówienia	Kwota brutto** za przeprowadzenie 1 godz. rehabilitacji domowej dla 1 osoby
<b>1 godzina rehabilitacji dla 1 os. zawierająca koszty dojazdu do uczestnika z woj. łódzkiego*</b>	
<b>1 godzina rehabilitacji dla 1 os. zawierająca koszty dojazdu do uczestnika z woj. zachodniopomorskiego*</b>	

.....  
podpis Wykonawcy

\* Wpisać zgodnie z miejscem realizacji usługi na terenie danego województwa

\*\* cena brutto tzn. musi uwzględniać wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania zamówienia oraz składki na ubezpieczenie społeczne 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 rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM):**

LP.	Daty (od – do) (dzień, miesiąc, rok)	Nazwa Pracodawcy	Obowiązki	Stanowisko

.....  
podpis Wykonawcy



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

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2018/PFRON/SM2** data: **11 maj 2018 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 2**” 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





POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

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

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2018/PFRON/SM2** data: **11 maj 2018 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sproić Moc 2”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia nr 1/2018/PFRON/SM2** data: **11 maj 2018 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sproić Moc 2”** 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