



**ZAPYTANIE OFERTOWE w formie rozeznania rynku na przeprowadzenie rehabilitacji w ośrodku dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 3”**

Nr postępowania: 1/2019/PFRON/SM3/RR data: 28 luty 2019 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 się 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 rehabilitacyjne w ośrodku prowadzone dla 15 os. posiadających znaczny, umiarkowany lub lekki stopień niepełnosprawności średnio po 20 dni zabiegowych na osobę. Zajęcia będą trwały średnio 2 godziny. Różnorodne zajęcia będą dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości chorego. Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane będą przez rehabilitantów po specjalistycznym szkoleniu z zakresu rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym.

Wykaz zabiegów:

-krioterapia ogólnoustrojowa
- masaż ręczny
- masaż pneumatyczny
- magnetronic
-kinezyterapia
-laser
-krioterapia miejscowa
-masaż podwodny
- terrapuls

Postępowanie rehabilitacyjne ma za zadanie pomóc pacjentowi w taki sposób, aby jak najdłużej mógł zachować swoje maksymalne możliwości. Zarówno rodzaj rehabilitacji, jak i czas jej rozpoczęcia oraz trwania nie są obojętne. Regularne zajęcia rehabilitacyjne umożliwią chorym utrzymywanie sprawności fizycznej na możliwie najlepszym poziomie.

**Wymagania niezbędne:**

Budynek w którym zostaną przeprowadzone zabiegi rehabilitacyjne musi się znajdować na terenie województwa łódzkiego i zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, wielkopolskiego musi być też przystosowany do poruszania się osób na wózkach inwalidzkich.

### 3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85142100-7 – usługi fizjoterapii

### 4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- wykonanie każdemu uczestnikowi zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty zabiegowe, formularze BO, i inne)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- dostępność gabinetów zabiegowych dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu,
- odległość budynku maximum 200 m od środków komunikacji miejskiej bez barier architektonicznych
- umożliwienie sprawdzenia przez Zamawiającego posiadanych sprzętów rehabilitacyjnych oraz dostępności budynku na etapie rozstrzygnięcia zapytania ofertowego
- 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, które będą brały udział w wsparciu dot. rehabilitacji w ośrodku

### 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: kwiecień 2019 r. – marzec 2020 r.,
- miejsce: woj. łódzkie, zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie, wielkopolskie.

### 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 prowadzącej rehabilitację (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.

### 8. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Wykonawca musi udokumentować posiadane doświadczenie w zakresie prowadzenia zabiegów rehabilitacyjnych w okresie 3 lat przed ogłoszeniem niniejszego zapytania.

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.

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 osób udzielających 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.

#### **9. 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
- poświadczenie kwalifikacji zawodowych personelu, który będzie wykonywał zlecone zabiegi
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.

#### **10. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA**

Rozliczenia prowadzone w PLN

#### **11. 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 każdy zabieg dla jednej osoby ze stwardnieniem rozsianym. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: 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.

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

Monika Koza – kierownik biura tel. : 42 649 18 03

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

Ofertę należy dostarczyć do dnia **15.03.2019 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 w formie rozeznania rynku na przeprowadzenie rehabilitacji w ośrodku dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 3”**

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

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

**Doświadczenie w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością – max 15 pkt**

**Cena zaproponowana za realizację usługi – max 85 pkt**

#### **15. 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 z niepełnosprawnością – 0 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością powyżej 5 lat - 15 pkt.

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

#### **16. 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

#### **17. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

– 28 luty 2019 r. – 22 marzec 2019 r.

#### **18. 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.

#### 19. FINANSOWANIE

Zamówienie jest współfinansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanim 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.

#### 20. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2019/PFRON/SM3/RR** data: **28 luty 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 3**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2019/PFRON/SM3/RR** na przeprowadzenie rehabilitacji w ośrodku dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu:  
**„Sprawić Moc 3”**

W ramach kosztów zamówienia należy wyszczególnić:	cena jednostkowa brutto w woj. łódzkim *	cena jednostkowa brutto w woj. zachodniopomorskim*	cena jednostkowa brutto w woj. kujawsko-pomorskim*	cena jednostkowa brutto w woj. wielkopolskim*
- krioterapia ogólnoustrojowa				
- masaż ręczny				
- masaż pneumatyczny				
-magnetronic				
- kinazyterapia				
- laser				
- krioterapia miejscowa				
- masaż podwodny				
-terrapuls				
Koszt całkowity brutto:				

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

.....  
podpis Wykonawcy

**Doświadczenie w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością:  
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 **1/2019/PFRON/SM3/RR** data: **28 luty 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 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