



**ZAPYTANIE OFERTOWE uzupełniające na usługi asystentów osób ze stwardnieniem rozsianym  
w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 3”**

**Nr postępowania: 2a/2019/PFRON/SM3 data: 04 kwiecień 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 składanie 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 jest wsparcie asystenta jako formy pomocy skierowanej do najmniej sprawnych osób chorych na SM, w większości poruszających się na wózkach, które, by zachować samodzielność na minimalnym poziomie muszą skorzystać z pomocy drugiej osoby. Asystent w będzie „pomostem” pomiędzy chorym a otoczeniem. Pomoże pokonywać bariery architektoniczne, dotrzeć na miejsce wskazane przez chorego np. do urzędu w celu załatwienia sprawy przez podopiecznego (bank, poczta, szpital, przychodnia lekarska). Będzie towarzyszem, pomoże zrobić zakupy. W związku z różnorodnością objawów stwardnienia rozsianego w tym także zaburzeń wzroku czy słuchu, asystent towarzysząc choremu w domu, w razie potrzeby przeczyta książkę, gazetę, pomoże przy pracy na komputerze. Pomoc asystenta jest w szczególności niezbędna samotnym osobom ze stwardnieniem rozsianym, które nie mają wsparcia w najbliższych i same borykają się ze swoimi problemami. Pomoc asystenta będzie świadczona dla 15 osób ze stwardnieniem rozsianym. Asystenci łącznie przepracują 6750 godzin.

**Kryteria zatrudnienia na stanowisku asystenta ON:**

- osoby posiadające wykształcenie kierunkowe,
- ukończony kurs na asystenta/opiekuna osoby z niepełnosprawnością,
- osoby posiadające doświadczenie w pracy wolontarystycznej,
- osoby doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością, w szczególności chorymi na SM.

Spełniający ofertę powinien spełnić co najmniej jedno z ww. kryteriów.

**3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIENI (CPV)**

Kod CPV



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

– 85310000-5 - Usługi pracy społecznej

## 4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty wizyt asystenckich, 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 formularza karty wizyt asystenckich,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których będą prowadzone usługi asystenckie.

## 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 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 kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń (np. 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 np. dyplom ukończenia kursu, zaświadczenie,
- potwierdzenie realizacji usług wolontarystycznych,



# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

- 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 asystenckiej dla 1 osoby chorej na SM. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: dojazd do uczestnika, 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. : 42 649 18 03

## 12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **11.04.2019 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 na wyłonienie asystentów osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 3”**

## 13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

**Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością - 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.:**

C min

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

Ci

gdzie:



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

Xc - wartość punktowa ceny

C min - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

Ci - cena w ofercie „i”

## Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 15 pkt.:

- brak doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnością – 0 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością 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

- 04 kwiecień 2019 r. – 18 kwiecień 2019 r.

## 17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania w szczególności, jeżeli:

- a. cena najkorzystniejszej oferty lub oferta z najniższą ceną przewyższającą 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 powiązanym 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:



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

- 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.

## 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 **2a/2019/PFRON/SM3** data: **04 kwiecień 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 3**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **2a/2019/PFRON/SM3** wyłonienie asystentów osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „**Sprawić Moc 3**”

Przedmiot zamówienia	Kwota brutto* za przeprowadzenie 1 godz. usług asystenckich dla 1 osoby na terenie woj. łódzkiego**
<b>1 godzina usług asystenckich dla 1 osoby zawierająca koszty dojazdu uczestnika z woj. łódzkiego*</b>	
<b>1 godzina usług asystenckich dla 1 osoby zawierająca koszty dojazdu uczestnika z woj. Zachodniopomorskiego*</b>	
<b>1 godzina usług asystenckich dla 1 osoby zawierająca koszty dojazdu uczestnika z woj. Kujawsko-pomorskiego*</b>	
<b>1 godzina usług asystenckich dla 1 osoby zawierająca koszty dojazdu uczestnika z woj. Wielkopolskiego*</b>	



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10  
Tel./fax: 42 649-18-03

---

.....  
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).*

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



**Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością:**

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

.....  
podpis Wykonawcy





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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2a/2019/PFRON/SM3** data: **04 kwiecień 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



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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2a/2019/PFRON/SM3** data: **04 kwiecień 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 3**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia nr 2a/2019/PFRON/SM3** data: **04 kwiecień 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 3**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

1. 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.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”.

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy