

**SZACOWANIE WARTOŚCI ZAMÓWIENIA
NA OPRACOWANIE DIAGNOZY FUNKCJONALNEJ
nr 1/RR/EFIS/2019**

W związku z realizacją projektu pt. „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, O/Łódź** zaprasza do składania ofert w celu określenia wartości zamówienia

<p align="center">NAZWA I DANE ZAMAWIAJĄCEGO</p>	<p>Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi 91 – 496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 NIP: 729-20-17-464 Telefon: 42 649 18 03 Mail: lodz@ptsr.org.pl</p>
<p align="center">ZAKRES USŁUGI (obszar merytoryczny i opis grupy docelowej)</p>	
<p align="center">OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA</p>	<p>Przedmiotem niniejszego zamówienia jest świadczenie przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego usług związanych z opracowaniem diagnozy funkcjonalnej przez psychologa, lekarza i pracownika socjalnego w ramach projektu pt. „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, nr umowy o dofinansowanie RPLD.09.02.01-10-F001/18-00</p> <p>Przedmiotem niniejszego zamówienia jest opracowanie diagnozy funkcjonalnej przez psychologa, lekarza i prac. socjalnego dla 250 uczestników projektu. W ramach wsparcia w/w specjaliści przeprowadzą dla każdego uczestnika działania doradcze, ułatwiające podejmowanie konkretnych przedsięwzięć w celu rozwiązania problemu zawodowego oraz zdiagnozowanie możliwości w zakresie doskonalenia zawodowego obejmujące stworzenie diagnozy funkcjonalnej dla każdego uczestnika (przy jego udziale) uwzględniającego jego indywidualne potrzeby i możliwości.</p> <p>Rozmowy z Uczestnikami będą realizowane w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego, uprzednio uzgodnionym z każdym uczestnikiem projektu indywidualnie.</p>
<p align="center">LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH USŁUGI</p>	<p>3 specjalistów x śr 250 godzin (250 uczestników/czek x śr. 1 godziny na uczestnika/-czkę z każdym specjalistą)</p>
<p align="center">OKRES REALIZACJI USŁUGI</p>	<p>Przedmiot zamówienia będzie realizowany od lipca 2019 r. do grudnia 2020 r. w poszczególne dni wskazane przez Zamawiającego w szczegółowym harmonogramie.</p>
<p align="center">KOD CPV USŁUGI</p>	<p>85.12.12.70-6 - usługi psychiatryczne lub psychologiczne 85.31.23.20-8 - usługi doradztwa 85.30.00.00-2 - usługi pracy społecznej i podobnej</p>
<p align="center">OPIS UCZESTNIKÓW</p>	<p>Grupę docelową stanowią os. z niepełnosprawnością, tj. ze stwardnieniem rozsianym zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zamieszkujące na terenie woj. łódzkiego (powiaty: m. Łódź, łódzki – wschodni, zgierski) w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego</p>

WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERTY	
OPIS MINIMALNYCH WYMAGAŃ MERYTORYCZNYCH WOBEC OFERENTA	<ol style="list-style-type: none"> 1. wykształcenie wyższe/zawodowe lub certyfikaty/zaświadczenia/inne 2. osoba będąca pracownikiem socjalnym zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o Pomocy Społecznej (t.j. Dz.U. z 2015r., poz. 163 z późniejszymi zmianami); 3. lekarz: ukończone studia medyczne i staż zawodowy 4. doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż rok, 5. posiada pełną zdolność do czynności prawnych 6. mobilność, 7. dyspozycyjność, 8. znajomość i stosowanie w praktyce zasad równości szans i niedyskryminacji, w tym równości kobiet i mężczyzn. <p>W celu potwierdzenia wymagań o których mowa powyżej, potencjalny wykonawca zawiera w ofercie oświadczenie o spełnieniu wszystkich wymagań merytorycznych.</p> <p>Zamawiający wyklucza udział Podwykonawców w realizacji zamówienia.</p>
OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. 2. Oferta powinna być sporządzona zgodnie ze wzorem, co do treści oraz opisu kolumn i wierszy. 3. Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę. Zamawiający wymaga, aby ofertę podpisano zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej. 4. Przed upływem terminu składania ofert, Wykonawca może wycofać ofertę. 5. Oferty można składać w formie elektronicznej.
KRYTERIA OCENY OFERT	Przedstawienie oferty zostanie dokonane wyłącznie w celu oszacowania wartości zamówienia (na podstawie ceny netto/brutto oferty).
TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT	<p>Wszystkich oferentów, którzy spełniają minimalne wymagania formalne i merytoryczne prosimy o składanie ofert do dnia 17.07.2019 r. do godziny 15:00 kurierem, pocztą lub osobiście do siedziby:</p> <p>Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi 91 – 496 Łódź, ul. Nastrojowa 10 lub skany ofert na adres mailowy: lodz@ptsr.org.pl</p>
ISTOTNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU POSTĘPOWANIA	<p>W toku dokonywania oceny złożonych ofert Zamawiający może wymagać udzielenia przez Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych przez nich ofert.</p> <p>Niniejsza prośba nie stanowi procedury zasady konkurencyjności, a odpowiedź uzyskana przez Zamawiającego w procedurze szacowania nie będzie przez Zamawiającego traktowana jako oferta.</p>

Łódź, 10.07.2019 r.

Monika Koza – koordynator projektu

**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA
NA OPRACOWANIE DIAGNOZY FUNKCJONALNEJ
1/RR/EFŚ/2019**

DANE WYKONAWCY:

Nazwa Wykonawcy:	
Województwo:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu, nr lokalu:	
NIP (o ile dotyczy):	
e-mail do kontaktu:	
Telefon do kontaktu:	

OFERTA CENOWA

Rodzaj zajęć	Specjalizacja (np. lekarz, prac. socjalny, psycholog)	Cena jednostkowa za 1 godzinę brutto
Opracowanie diagnozy funkcjonalnejzł/godz (Słownie:)

OŚWIADCZENIA:

- 1) Oświadczam/y, iż posiadam/y uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
- 2) Oświadczam/y, iż posiadam/y doświadczenie, odpowiednią kadrę i kwalifikacje oraz znajduję/znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej umożliwiającej wykonania zadania.
- 3) Oświadczam/y, iż zapoznałam/em się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

Miejscowość....., dnia.....

.....
(pieczęć i czytelny podpis Wykonawcy lub osoby działającej w imieniu Wykonawcy)