



UZUPEŁNIAJĄCE ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie rehabilitacji domowej dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”

Nr postępowania: 1a/2019/PFRON/KW2 data: 18 października 2019 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 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 dot rehabilitacji w warunkach domowych prowadzone dla 5 osób z woj. wielkopolskiego i 5 osób z woj. kujawsko-pomorskiego, którym aktualny stan zdrowia uniemożliwia korzystanie z innych form rehabilitacji. Każda osoba skorzysta średnio z 50 dni zabiegowych. Zajęcia będą trwały średnio 1 godzinę. Osoby korzystające z tego wsparcia muszą posiadać znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności. W zależności od wskazań rehabilitanta oraz stanu pacjenta, jego możliwości i potrzeb, przepisane będą zabiegi, m.in.: masaż ręczny klasyczny, ćwiczenia bierne i czynno-bierne, masaże stawu biodrowego, reedukacja chodu, ćwiczenia wzmacniające, masaże kończyn dolnych i kończyn górnych, ćwiczenia równoważne, pionizacja, ćwiczenia rozluźniające, PNF, Bobath, udzielanie porad z zakresu dalszych ćwiczeń samodzielnych lub przy pomocy rodziny, udzielanie informacji o istniejącym sprzeczniu rehabilitacyjnym i pomocniczym, naukę prawidłowej pielęgnacji leżącego.

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. Specjaliści zatrudnieni do tej formy wsparcia obowiązkowo muszą posiadać aktualny wpis do Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

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: listopad 2019 r. – marzec 2020 r.
- miejsce: woj. 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 (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



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

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.: 42 649 18 03

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **25.10.2019 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: **UZUPEŁNIAJĄCE ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie rehabilitacji domowej dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”**

13. 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.

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_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 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.

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.

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

16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

– 18 października 2019 r. – 18 listopada 2019 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,



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

- 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 uzupełniającego zapytania ofertowego nr **1a/2019/PFRON/KW2** data: **18 października 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Uzupełniające zapytanie ofertowe” nr **1a/2019/PFRON/KW2** na **przeprowadzenie rehabilitacji domowej dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”**

| Przedmiot zamówienia | Kwota brutto** za przeprowadzenie 1 godz. rehabilitacji domowej dla 1 osoby |
|--|---|
| 1 godzina rehabilitacji dla 1 os. zawierająca koszty dojazdu do uczestnika z woj. kujawsko-pomorskiego* | |
| 1 godzina rehabilitacji dla 1 os. zawierająca koszty dojazdu do uczestnika z woj. wielkopolskiego* | |

.....
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 z niepełnosprawnością:

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

.....
podpis Wykonawcy



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy uzupełniającego zapytania ofertowego nr **1a/2019/PFRON/KW2** data: **18 października 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 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

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

91-496 Łódź, ul. Nastrojowa 10

Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy uzupełniającego zapytania ofertowego nr **1a/2019/PFRON/KW2 data: 18 października 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia nr 1a/2019/PFRON/KW2 data: 18 października 2019 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”** 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