

**ZAPYTANIE OFERTOWE na zakwaterowanie i wyżywienie oraz wynajem sali podczas i Warsztatów Aktywizacji Zawodowej i Społecznej (WAZiS) na terenie województwa zachodniopomorskiego w ramach prowadzonego projektu: „Czas na pracę” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**Nr postępowania: 1/2016 data: 13.04.2016r.**

**1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi  
ul. Przybyszewskiego 255/267, 92-338 Łódź, lodz@ptsr.org.pl**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY nie 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**

- świadczenie usług związanych z warsztatami grupowymi: Warsztaty Aktywizacji Zawodowej i Społecznej (WAZiS) na terenie województwa zachodniopomorskiego, zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia dla 25 osób niepełnosprawnych uczestników projektu "Czas na pracę" oraz 3 trenerów i 2 osób z obsługi projektu,
- ośrodek musi posiadać aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych (RIS),
- lokalizacja ośrodka: teren województwa zachodniopomorskiego,
- ośrodek, w którym będzie świadczona usługa musi być dostosowany do potrzeb osób chorych na SM
- ośrodek musi posiadać windę dla osób niepełnosprawnych z dostępem na wszystkie poziomy
- stały dostęp do Internetu w całym obiekcie,
- bezpłatny parking dla autokarów na terenie ośrodka,
- każdy pokój z łazienką, telewizorem, czajnikiem bezprzewodowym, szklankami, pościelą i ręcznikami,
- wszystkie usługi muszą być świadczone w jednym budynku,
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON.

Zamawiający dopuszcza możliwość zmniejszenia lub zwiększenia ilości uczestników warsztatów o maximum 16%.

**3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

- CPV - 55120000 – 7 – usługi hotelarskie w zakresie spotkań i konferencji
- CPV - 55110000 – 04 – hotelarskie usługi noclegowe
- CPV - 55300000 – 3 – usługi restauracyjne i podawania posiłków

#### 4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- oznakowanie pomieszczeń i dokumentów dotyczących przedmiotu zamówienia zgodnie z wytycznymi PFRON;
- archiwizacja wszystkich dokumentów związanych z realizowanym projektem do 31 grudnia 2021r.;
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON
- zapewnienie zakwaterowania w budynku bez barier architektonicznych

#### 5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy
- przekazanie Wykonawcy narzędzi badawczych do realizacji zadań
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie
- dostarczenie harmonogramu pobytu do 7 dni przed planowanym rozpoczęciem warsztatów

#### 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

09 – 14 maja 2016r., województwo zachodniopomorskie

#### 7. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

a) **Wynajem sali szkoleniowej** (6 dni po śr 6 godzin szkoleniowych) dla 25 osób, dostosowanej dla osób chorych na SM. Sala musi być wyposażona w sprzęt multimedialny tj.: co najmniej rzutnik i ekran oraz mieć stały dostęp do Internetu.

b) **Zakwaterowanie i wyżywienie podczas 6-dniowych warsztatów:**

- **Nocleg dla 25 uczestników projektu, 2 osób z obsługi projektu, 3 trenerów** - zapewnienie zakwaterowania w pensjonacie/ośrodku wypoczynkowym dysponującym pokojami:

- 4 pokoje 1 osobowych,
- 7 pokoi 2 osobowych,
- 4 pokoje 3 osobowe,

w tym min 5 pokoi 2 osobowych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany ilości pokoi dwuosobowych na rzecz pokoi jednoosobowych (lub odwrotnie) w sytuacji, jeśli liczba kobiet w stosunku do mężczyzn będzie niesymetryczna,

- **Całodzienne wyżywienie (tj. śniadanie, obiad, kolacja)** podczas pobytu dla 25 uczestników projektu, 2 osób z obsługi projektu, 3 trenerów. Śniadania i kolacje w postaci szwedzkiego stołu z min. 2 potrawami na ciepło i napojami do wyboru (woda, soki, kawa, herbata). Dwudaniowy obiad (zupa + drugie danie) z napojami i deserem. Każdego dnia min. 3 różne zestawy obiadowe do wyboru z uwzględnieniem potraw wegetariańskich i mięsnych.

**Prosimy o udokumentowanie powyższych warunków (zdjęcia, menu przewidziane na czas pobytu).**

#### 8. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę posiada:

- uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności
- doświadczenie w organizowaniu i/lub realizacji warsztatów kompetencji społecznych dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu,
- aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych (RIS)
- zdolność finansową oraz techniczną do wykonania usługi.

## **9. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW**

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2
- aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania oferty
- potwierdzenie aktualnego wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych (RIS)
- dokumentacja potwierdzająca warunki wyżywienia i zakwaterowania wymienione w punktach 7a, 7b (zdjęcia, menu przewidziane na czas pobytu)
- min 10 referencji od różnych podmiotów (1 referencja od jednego podmiotu).

## **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.

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

Monika Koza – koordynator projektu tel.: 42 649 18 03

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

Ofertę należy dostarczyć do dnia **25.04.2016 r. do godz. 16.00** - osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267 opatrzonej napisem: **„Zapytanie ofertowe nr 1/2016 z dnia 13.04.2016r.”**

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

Zamawiający dokona oceny ofert na podstawie poniżej przedstawionych kryteriów oceny ofert:

**KRYTERIUM 1:** Cena usługi – maximum 70 pkt,

**KRYTERIUM 2:** Doświadczenie w organizowaniu i/lub realizowaniu warsztatów kompetencji społecznych dla osób niepełnosprawnych ruchowo – maximum 15 pkt.

**KRYTERIUM 3:** Posiadanie pokoi dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich (opis + zdjęcia):

max 5 pokoi – 5 pkt.

6 pokoi – 8 pokoi – 10 pkt.

9 pokoi i więcej – 15 pkt.

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie możliwość wizji lokalnej w celu stwierdzenia jakości opisanych warunków.

## **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” – 70 pkt:**

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 70 \text{ pkt.}$$

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.:**

- Liczba zorganizowanych i /lub zrealizowanych warsztatów od 1 do 5 – 5 pkt
- Liczba zorganizowanych i /lub zrealizowanych warsztatów od 6 do 10 – 10 pkt
- Liczba zorganizowanych i /lub zrealizowanych warsztatów powyżej 10 - 15 pkt

**Zasady oceny kryterium „liczba pokoi dla ON” - 15 pkt.:**

- max 5 pokoi – 5 pkt.
- od 6 pokoi do 8 pokoi – 10 pkt.
- od pokoi i więcej – 15 pkt.

#### **16. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY**

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieszcza informacje, o rozstrzygnięciu zapytania ofertowego na stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie.

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

#### **17. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**

Wykonawca jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni.

Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert

#### **18. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA**

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

#### **19. FINANSOWANIE**

Zamówienie jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „Czas na pracę”.

#### **20. UWAGI KOŃCOWE**

- a) Z możliwości realizacji zamówienia będą wyłączone podmioty, które powiązane są z beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo.
- b) 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.

- c) Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi zastrzega możliwość zmiany terminu warsztatów.

## **21. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2. – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 1/2016 w ramach projektu „Czas na pracę” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr 1/2016 na zakwaterowanie i wyżywienie podczas Warsztatów Aktywności Zawodowej i Społecznej (WAZIS) na terenie woj. zachodniopomorskiego.

Usługa	Cena
zakwaterowanie i wyżywienie całodzienne zł/osoba	
wynajem sali (za 6 dni)	
<b>Razem</b>	

.....  
podpis Wykonawcy

### Wykaz doświadczenia

LP.	Termin realizacji usługi	Nazwa, rodzaj organizowanych i/lub realizowanych warsztatów dla osób niepełnosprawnych, (ilość uczestników, rodzaj niepełnosprawności)

.....  
podpis Wykonawcy

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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 1/2016 w ramach projektu „Czas na pracę” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu 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. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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 a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić