



**ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie rehabilitacji domowej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc”**

**Nr postępowania: 2/2016/PFRON/SM data: 11 lipca 2016 r.**

**1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

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

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY 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**

Przedmiotem zamówienia są indywidualne zajęcia dot. rehabilitacji w warunkach domowych prowadzone dla 75 osób posiadających znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności po 40 dni zabiegowych na osobę. Zajęcia będą trwały średnio 1 godzinę. W zależności od wskazań lekarskich (wymienionych w IPD) oraz stanu pacjenta, jego możliwości i potrzeb, przepisane będą następujące zabiegi; masaż ręczny klasyczny, ćwiczenia bierne i czynno - bierne, masaże stawu biodrowego, reedukcja chodu, ćwiczenia wzmacniające, masaże kończyn dolnych i kończyn górnych, ćwiczenia równoważne, pionizacja, ćwiczenia rozluźniające, udzielanie porad z zakresu dalszych ćwiczeń samodzielnych lub przy pomocy rodziny, udzielanie informacji o istniejącym sprzęcie rehabilitacyjnym i pomocniczym, naukę prawidłowej pielęgnacji leżącego. Zaproponowane ćwiczenia mają poprawić u osób chorych kondycję fizyczną, stan funkcjonalny, a także zmniejszyć ryzyko chorób cywilizacyjnych wynikających z niskiej aktywności ruchowej.

**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.

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w domach beneficjentów ostatecznych projektu.



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267  
Tel./fax: 42 649-18-03

### 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: lipiec 2016 r. – marzec 2017 r.
- miejsce: woj. łódzkie i zachodniopomorskie

### 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 na podstawie umowy zlecenia oraz osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267  
Tel./fax: 42 649-18-03

#### **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. : 503 015 358

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

Ofertę należy dostarczyć do dnia **15.07.2016 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 na przeprowadzenie rehabilitacji domowej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc”**

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

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

**Doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) – 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<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 ze stwardnieniem rozsianym (SM) – 0 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) 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**

– 11 lipca 2016 r. – 22 lipca 2016 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,
- b. wystąpiła zmiana okoliczności powodująca, że wykonanie zamówienia nie leży już w interesie Zamawiającego, o czym Zamawiający poinformuje wykonawców przed upływem terminu składania ofert.



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
92-338 Łódź, ul. Przybyszewskiego 255/267  
Tel./fax: 42 649-18-03

## 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 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.

## 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 **2/2016/PFRON/SM** data: **11 lipca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sprawić Moc”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**FORMULARZ OFERTOWY**

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **2/2016/PFRON/SM** na przeprowadzenie rehabilitacji domowej dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: **„Sprawić Moc”**

Przedmiot zamówienia	Kwota brutto za przeprowadzenie 1 godz. rehabilitacji domowej dla 1 osoby na terenie woj. łódzkiego*	Kwota brutto za przeprowadzenie 1 godz. rehabilitacji domowej dla 1 osoby na terenie woj. zachodniopomorskiego*
<b>1 godzina rehabilitacji dla 1 zawierająca koszty dojazdu uczestnika</b>		

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

.....  
podpis Wykonawcy



**Doświadczenie w rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym (SM):**

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

.....  
podpis Wykonawcy



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

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2016/PTSR/SM** data: **11 lipca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sprać Moc”** 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 **2/2016/PTSR/SM** data: **11 lipca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia nr 2/2016/PTSR/SM** data: **11 lipca 2016 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 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.

..... dnia .....

.....  
podpis Wykonawcy