

### ZAPYTANIE OFERTOWE

na rehabilitację w ośrodku dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 8”

Nr postępowania: 1/2024/PFRON/SM8 data: 08 maja 2024 r.

#### 1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi  
ul. al. marsz. J. Piłsudskiego 133D, 92-318 Łódź, [lodz@ptsr.org.pl](mailto: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

Celem zamówienia jest wyłonienie wykonawcy/wykonawców, którzy przeprowadzą indywidualne zajęcia rehabilitacyjne w ośrodku dla 15 osób posiadających znaczny, umiarkowany lub lekki stopień niepełnosprawności. Zajęcia będą trwać średnio 20 dni zabiegowych na osobę i prowadzić je będzie 2 fizjoterapeutów. Specjalistyczne zabiegi fizjoterapeutyczne dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) będą prowadzone na terenie woj. łódzkiego, woj. wielkopolskiego, woj. zachodniopomorskiego i woj. kujawsko-pomorskiego. Rodzaj zajęć będzie uzależniony od indywidualnych potrzeb uczestników wynikających z diagnozy funkcjonalnej i/lub z konsultacji przeprowadzonej przez lekarza w ramach realizowanego projektu: „Sprawić Moc 8” współfinansowanego ze środków PFRON.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług rehabilitacyjnych realizowanych w przychodniach/ośrodkach rehabilitacyjnych wyposażonych w odpowiednią bazę zabiegową i sprzęt rehabilitacyjny dostosowany do stopnia niepełnosprawności osób skierowanych przez Zamawiającego na podstawie dokumentacji medycznej stanu chorobowego pacjenta. Planujemy przeprowadzenie śr. 20 dni zabiegowych na osobę/dla 15 osób w terminie do 31.03.2025 r. W ramach jednego dnia zabiegowego każdy chory skorzysta z 3-5 różnych zabiegów rehabilitacyjnych. Liczba dni zabiegowych i rodzaj zabiegów dla danej osoby uzależnione będą od indywidualnych potrzeb kierowanych pacjentów i uzgadniane pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym. Budynek, w którym zostaną przeprowadzone zabiegi rehabilitacyjne musi się znajdować na terenie woj. łódzkiego, woj. wielkopolskiego, woj. zachodniopomorskiego lub woj. kujawsko-pomorskiego i musi być też przystosowany do poruszania się dla osób na wózkach inwalidzkich.

Wykaz zabiegów:

- krioterapia ogólnoustrojowa
- masaż ręczny

- masaż pneumatyczny
- magnetronic
- kinezyterapia
- krioterapia miejscowa
- komora hiperbaryczna
- laser

### 3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

- Kod CPV
- 85142100-7 – usługi fizjoterapii

### 4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- zapewnienie każdemu uczestnikowi konsultacji lekarskiej przed rozpoczęciem zabiegów rehabilitacyjnych,
- wykonanie każdemu uczestnikowi zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty zabiegowe , formularze BO, i inne)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- dostępność gabinetów zabiegowych dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu,
- odległość budynku maximum 200 m od środków komunikacji miejskiej bez barier architektonicznych,
- umożliwienie sprawdzenia przez Zamawiającego posiadanych sprzętów rehabilitacyjnych oraz dostępności budynku na etapie rozstrzygnięcia zapytania ofertowego,
- 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,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których mają być przeprowadzone indywidualne usługi fizjoterapeutyczne.

### 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Od dnia podpisania umowy – maj 2024 r.

Zamówienie będzie realizowane na terenie woj. łódzkiego, woj. wielkopolskiego, woj. zachodniopomorskiego, woj. kujawsko-pomorskiego.

### 7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Wykonawca musi udokumentować posiadane doświadczenie w zakresie prowadzenia zabiegów rehabilitacyjnych w okresie 3 lat przed ogłoszeniem niniejszego zapytania.

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.

W celu potwierdzenia, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca przedłoży;

- 1) kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności,
  - 2) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń
- 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.

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

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do wykonywania zawodu,
- kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.
- klauzula informacyjna z art.13 RODO – zgodnie z załącznikiem nr 3.
- oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w postępowaniu – zgodnie z załącznikiem nr 4.

#### **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.

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**

Natalia Romanowska – koordynator projektu tel. : 503 015 358

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

Ofertę należy dostarczyć do dnia **16.05.2024 r. do godz. 16.00** osobiście lub za pośrednictwem kuriera/poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: **ul. al. marsz. J. Piłsudskiego 133D lokal 305A, 92-318 Łódź**, opatrzonej napisem:

**ZAPYTANIE OFERTOWE na rehabilitację w ośrodku dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 8” współfinansowanego ze środków PFRON.**

**W przypadku przesłania skanu oferty, oryginały dokumentów zostaną dostarczone przez Wykonawcę najpóźniej w dniu podpisania umowy.**

#### **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:**

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

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 w pracy z osobami z niepełnosprawnością” - 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.

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

Informacja o wyniku postępowania wysłana będzie do każdego wykonawcy, który złożył ofertę oraz umieszczona zostanie 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

Od dnia podpisania umowy do 31 marca 2025 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.

#### 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 – Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

Załącznik nr 4 – Oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w postępowaniu.

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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2024/PFRON/SM8** data: **08 maj 2024 r.** w ramach realizowanego projektu: **„Sproić Moc 8”** współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2024/PFRON/SM8** data: **08 maj 2024 r.** dotyczące zamówienia na rehabilitację w ośrodku dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: **„Sproić Moc 8”** oferujemy wykonanie usługi za:

FORMULARZ OFERTOWY

W ramach kosztów zamówienia należy wyszczególnić:	cena jednostkowa brutto
Ćwiczenia indywidualne (kinezyterapia):	
Masaż ręczny:	
Fizjoterapia: pole magnetyczne, laseroterapia, masaż pneumatyczny, prądy interferencyjne lub elektrostymulacja	
Kriokomora i/lub komora hiperbaryczna	
Koszt całkowity brutto:	

.....  
podpis Wykonawcy

*\*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 pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM):**  
**Wykaz prac wykonywanych przez Wykonawcę, w których wykorzystywał w sposób praktyczny**  
**wiedzę zawartą w tematyce przedmiotu, który będzie prowadził:**

LP.	Daty (rok od – do rok)	Rodzaj organizowanych zajęć dla chorych na SM i ilość uczestników

.....  
podpis Wykonawcy



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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2024/PFRON/SM8** data: **08 maj 2024 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 8**” 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



Klauzula informacyjna z art. 13 RODO w celu związanym  
z postępowaniem o udzielenie zamówienia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi, ul. al. marsz. J. Piłsudskiego 133D, 92-318 Łódź.**
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego **nr postępowania: 1/2024/PFRON/SM8 data: 08 maj 2024 r. z zachowaniem zasady konkurencyjności;**
- odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Umowę o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz podrozdział 6.5 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, dalej „wytyczne”;
- dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Umową o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania;
- obowiązek podania przez osobę fizyczną danych osobowych bezpośrednio jej dotyczących jest wymogiem określonym w przepisach wytycznych, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z wytycznych;
- w odniesieniu do danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- osoba fizyczna posiada:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych, które jej dotyczą;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania swoich danych osobowych (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba fizyczna uzna, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących narusza przepisy RODO;



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
92-318 Łódź, ul. al. marsz. J. Piłsudskiego 133D  
Tel./fax: 42 649-18-03

---

- osobie fizycznej nie przysługuje:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.**

.....  
Zapoznałem/zapoznałam się i wyrażam zgodę  
(Data i podpis)



Imię i nazwisko Wykonawcy: .....

Adres: .....

Tel. kontaktowy: .....

e-mail: .....

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2024/PFRON/SM8** data: **08 maj 2024 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 8**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oświadczam, że przystępując po przedmiotowego postępowania spełniam warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności objętej przedmiotem zamówienia, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania doświadczenia w realizacji usług będących przedmiotem zamówienia;

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 kk.

.....  
(imię i nazwisko, podpis Wykonawcy )