

ZAPYTANIE OFERTOWE

na rehabilitację w ośrodku dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”

Nr postępowania: 1A/2024/PFRON/P8 data: 16 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

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 śr. 30 osób posiadających znaczny, umiarkowany lub lekki stopień niepełnosprawności, (śr. 30 wizyt po śr. 2 godziny). Specjalistyczne zabiegi fizjoterapeutyczne dla osób ze stwardnieniem rozsianym (SM) będą prowadzone na terenie woj. łódzkiego. Rodzaj zajęć będzie uzależniony od indywidualnych potrzeb uczestników wynikających z konsultacji przeprowadzonej przez fizjoterapeutę w ośrodku, w którym będą odbywać się zabiegi w ramach realizowanego projektu: „Rehabilitacja ruchowo społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane” 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. 30 wizyt każda z nich śr. po 2 godziny 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 i musi być też przystosowany do poruszania się dla osób na wózkach inwalidzkich.

Wykaz zabiegów:

- ćwiczenia indywidualne
- masaż klasyczny częściowy (30 min)
- masaż klasyczny całościowy (50 min)
- fizjoterapia np.: pole magnetyczne, laseroterapia, masaż pneumatyczny, prądy interferencyjne lub elektrostymulacja
- kriokomora /komora hiperbaryczna

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.- marzec 2025 r.
Zamówienie będzie realizowane na terenie woj. łódzkiego.

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 potwierdzające kwalifikacje osób wykonujących zabiegi rehabilitacyjne, min. 3 (np. ksero legitymacji KIF, ksero dyplomu),
- 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

Kołodziejczak Kinga – koordynator projektu tel. : 503 015 358

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **27.05.2024 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: „Rehabilitacja ruchowo społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane” 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_c - wartość punktowa ceny

C_{min} - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

C_i - 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.

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 **1A/2024/PFRON/P8** data: **16 maja 2024** r. w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1A/2024/PFRON/P8** data: **16 maja 2024** r. dotyczące zamówienia **na rehabilitację w ośrodku dla osób chorych na stwardnienie rozsiane w ramach prowadzonego projektu: „Rehabilitacja ruchowo społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane”** oferujemy wykonanie usługi za:

FORMULARZ OFERTOWY

W ramach kosztów zamówienia należy wyszczególnić:	cena jednostkowa brutto
Ćwiczenia indywidualne zł/os	
- masaż klasyczny częściowy (30 min) zł/os	
- masaż klasyczny całościowy (50 min) zł/os	
Fizjoterapia np.: pole magnetyczne, laseroterapia, masaż pneumatyczny, prądy interferencyjne lub elektrostymulacja zł/os	
Kriokomora / komora hiperbaryczna zł/os	
Koszt całkowity brutto:	

.....
podpis Wykonawcy

**cena brutto tzn. musi uwzględniać wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania zamówienia oraz składki na ubezpieczenie społecznie 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 **1A/2024/PFRON/P8** data: **16 maja 2024 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” 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: 1A/2024/PFRON/P8 data: 16 maja 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 **1A/2024/PFRON/P8** data: **16 maja 2024 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Rehabilitacja ruchowo społeczna osób chorych na stwardnienie rozsiane**” 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)