



ZAPYTANIE OFERTOWE
na świadczenie usług rehabilitacji indywidualnej w domu chorego
dla uczestników projektu
„SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM II”.

Nr postępowania: 13/2016/PFRON data: 30.05.2016 r.

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa, biuro@ptsr.waw.pl

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

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 jest świadczenie usług rehabilitacji indywidualnej w domu chorego dla uczestników projektu: „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM II” – osób dorosłych, niepełnosprawnych, chorych na SM.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

CPV: 85000000-9

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (karty pracy i inne z uwzględnieniem wymogów dot. zastosowania logo PFRON),
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych wizyt/zajęć,
- prowadzenie zajęć rehabilitacji indywidualnej w domu chorego osobom przydzielonym przez Zamawiającego.

5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie realizowane będzie w siedzibie Wykonawcy w okresie czerwiec 2016 r. – marzec 2017 r.

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę powinni posiadać:

- wykształcenie kierunkowe (fizjoterapeutyczne),
- ukończone kursy specjalistyczne,



- przynajmniej kilkuletnie doświadczenie zawodowe z osobami niepełnosprawnymi, w szczególności chorymi na SM.

8. 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,
- oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 3,
- kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i posiadane uprawnienia.

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.

11. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Monika Staniec, tel. : 22 831-00-76/77

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **03.06.2016r.** osobiście lub za pośrednictwem poczty (decyduje data stempla pocztowego) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12.

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Cena – max 80 pkt

Doświadczenie w zakresie świadczenia usług fizjoterapeutycznych dla osób z SM – max 20 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” – 80 pkt:

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 80 \text{ pkt.}$$

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” - 20 pkt.:

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług fizjoterapeutycznych dla chorych na SM 1 rok – 5 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług fizjoterapeutycznych dla chorych na SM od 1 roku do 3 lat – 10 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług fizjoterapeutycznych dla chorych na SM pow. 3 lat do 5 lat – 15 pkt.



Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług fizjoterapeutycznych dla chorych na SM pow. 5 lat – 20 pkt.

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

Zamawiający dopuszcza do składania ofert osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, jak również przez firmy/instytucje prowadzące działalność w danym zakresie.

Zamawiający dopuszcza możliwość nie wybrania żadnej oferty.

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 punktacją uzyskaną za zaoferowaną cenę zdecyduje o dokonaniu ostatecznego wyboru.

15. 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.

16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Wykonawca jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert

17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny. W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

18. FINANSOWANIE

Zamówienie jest współfinansowane ze Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM II”.

UWAGI KOŃCOWE

a) Cena zaproponowana i ustalona w ofercie jest ceną brutto i musi zawierać wszelkie koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia.

b) 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.

c) 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 Warszawski do zawarcia umowy. PTSR Oddział Warszawski może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy,

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

Załącznik nr 3 – Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 13/2016/PFRON w ramach projektu „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM II” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr 13/2016/PFRON dotyczące zamówienia na świadczenie usług rehabilitacji indywidualnej w domu chorego proponuję:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1h z ew. ZUS po stronie pracodawcy
Cena brutto za 1 godzinę usług rehabilitacyjnych zł/h

Ostateczna liczba godzin zajęć uzależniona będzie od porozumienia pomiędzy Koordynatorem projektu a Wykonawcą.

.....

podpis Wykonawcy



Wykaz prac wykonywanych przez Wykonawcę, w których wykorzystywał w sposób praktyczny wiedzę zawartą w tematyce przedmiotu, który będzie prowadził:

L.p.	Daty (rok od – do)	Nazwa Pracodawcy Zamawiającego	Obowiązki	Stanowisko

.....
podpis Wykonawcy



Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 13/2016/PFRON w ramach projektu „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM II” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a)

oświadczam, że jestem/nie jestem* 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 udziałów lub co najmniej 10% 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.

.....

podpis Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić



Załącznik 3 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 13/2016/PFRON w ramach projektu „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM II” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie niniejszego zapytania ofertowego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2011 Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....

podpis Wykonawcy