



**ZAPYTANIE OFERTOWE na świadczenie usług osobistego asystenta osoby chorej na SM  
w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc”**

**Nr postępowania: 4/2016/PFRON/SPR-MOC/OA data: 29.12.2016 r.**

**1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski  
ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa, biuro@ptrs.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 osobistego asystenta osoby chorej na SM dla uczestników projektu: „Sprawić Moc” na terenie województwa mazowieckiego.

**3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

CPV: 85310000-5

**4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY**

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty wizyt asystenckich i inne z uwzględnieniem wymogów dot. zastosowania logo PFRON),
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych wizyt/zajęć,
- prowadzenie zajęć usprawniających społecznie w miejscu zamieszkania osoby chorej i poza nim.

**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 usługi asystenckie.

**6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Zamówienie realizowane będzie na terenie woj. mazowieckiego w okresie styczeń 2017 r.  
– 31 marzec 2017 r.

**7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składający ofertę powinni:

- posiadać wykształcenie kierunkowe (asystent osoby niepełnosprawnej) lub ukończone kierunki społeczne i/lub ukończony kurs na asystenta osoby niepełnosprawnej,
- doświadczenie w pracy 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 przetwarzaniu danych osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 3,
- kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i posiadane uprawnienia.
- oświadczenie wykonawcy o samodzielnym wykonaniu zadania bez udziału podwykonawców.

## 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

Marcin Skroczyński – p.o. Dyrektora Biura tel. : 22 831-00-76/77

## 12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **04.01.2017r.** osobiście lub za pośrednictwem poczty (decyduje data stempla pocztowego) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12. Oferty, które wpłyną po terminie nie będą podlegać ocenie.

## 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 asystenckich dla chorych na 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<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” - 20 pkt.:

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług asystenckich dla osób z SM poniżej 1 roku - 5 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług asystenckich dla osób z SM od 1 roku do 3 lat - 10 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług asystenckich dla osób z SM od pow. 3 lat do 5 lat - 15 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług asystenckich dla osób z SM pow. 6 lat - 20 pkt.



Zamawiający nie dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

Zamawiający dopuszcza jedynie do składania ofert osoby fizyczne – które będą świadczyć usługi na podstawie umowy zlecenia, wykonując osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

Zamawiający dopuszcza możliwość wybrania kilku oferentów lub 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 z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „Sprawić Moc”.

#### **UWAGI KOŃCOWE**

a) Cena zaproponowana i ustalona w ofercie jest ceną brutto z ewentualnymi narzutami ze strony pracodawcy 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 Stewardnien 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 – Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

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

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 4/2016/PFRON/SPR-MOC/OA w ramach projektu „Sprawić Moc” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr 4/2016/PFRON/SPR-MOC/OA dotyczące zamówienia na świadczenie usług osobistego asystenta osoby chorej na SM oferujemy wykonanie usługi za:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1h z ew. ZUS po stronie pracodawcy
Cena brutto za 1 godzinę usług asystenckich z ew. ZUS po stronie pracodawcy, zawierająca koszty dojazdu do chorego	..... zł/h

Ostateczna liczba uczestników zajęć uzależniona będzie od ilości osób przyjmowanych do projektu z danego terenu oraz na podstawie 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 4/2016/PFRON/SPR-MOC/OA w ramach projektu „Sprawić Moc” 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 4/2016/PFRON/SPR-MOC/OA w ramach projektu „Sprawić Moc” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182).

.....

podpis Wykonawcy