



ZAPYTANIE OFERTOWE
na prowadzenie Indywidualnych Konsultacji Specjalistów (IKS) dla uczestników projektu:
„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”

Nr postępowania: 1/2017/PFRON/KWSM/IKS data: 11.04.2017 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 przeprowadzenie Indywidualnych Konsultacji Specjalistycznych dla uczestników projektu: **„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”** – osób dorosłych, niepełnosprawnych, chorych na SM na terenie woj. mazowieckiego i/lub woj. zachodniopomorskiego.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

CPV: 85000000-9

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistycznych na rzecz BO projektu **„Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”** w zakresie: psychologii lub psychiatrii lub prawa lub logopedii lub dietetyki lub pielęgniarstwa.

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 na terenie woj. mazowieckiego i/lub na terenie woj. zachodniopomorskiego w okresie kwiecień 2017 r. – 31 marzec 2018 r.

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę powinni posiadać:

- wykształcenie kierunkowe z zakresu: psychologii lub psychiatrii lub prawa lub logopedii lub dietetyki lub pielęgniarstwa.
- doświadczenie w pracy w charakterze: psychologa lub psychiatry lub prawnika lub logopedy lub dietetyka lub pielęgniarki z osobami dorosłymi, niepełnosprawnymi, chorymi na SM,



- mile widziane doświadczenie w zakresie udzielania indywidualnych konsultacji.

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 **18.04.2017 r.** osobiście lub za pośrednictwem poczty (decyduje data wpływu oferty) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12, z dopiskiem województwa na terenie, którego będzie prowadzona usługa oraz zakresu usługi. Oferty, które wpłyną po terminie nie będą podlegać ocenie.

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

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 to cena (80%) i doświadczenie w pracy z osobami z SM w charakterze psychologa lub psychiatry lub prawnika lub logopedy lub dietetyka lub pielęgniarki z osobami dorosłymi, niepełnosprawnymi, chorymi na SM, - (20%).

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 doświadczenia w pracy z osobami z SM w charakterze psychologa lub psychiatry lub prawnika lub logopedy lub dietetyka lub pielęgniarki: poniżej 1 roku - 5 pkt.

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z SM w charakterze psychologa lub psychiatry lub prawnika lub logopedy lub dietetyka lub pielęgniarki: od 1 roku do 3 lat - 10 pkt.

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z SM w charakterze psychologa lub psychiatry lub prawnika lub logopedy lub dietetyka lub pielęgniarki: od powyżej 3 lat do 5 lat - 15 pkt.

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z SM w charakterze psychologa lub psychiatry lub prawnika lub logopedy lub dietetyka lub pielęgniarki: pow. 6 lat - 20 pkt.

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

Zamawiający dopuszcza jedynie do składania ofert osoby fizyczne - świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia, a także osoby fizyczne - prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą - wykonujące 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. „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”.

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 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 – Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych.



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2017/PFRON/KWSM/IKS data: 11.04.2017 r.** w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2017/PFRON/KWSM/IKS data: 11.04.2017 r.** dotyczące zamówienia na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistycznych na rzecz BO projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” w zakresie: **(PSYCHOLOGII / PSYCHIATRII / PRAWA / LOGOPEDII / DIETETYKI / PIELĘGNIARSTWA)*:**

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1h z ew. ZUS po stronie pracodawcy
Cena brutto za 1 godzinę pracy przy przeprowadzeniu Indywidualnych Konsultacji Specjalistycznych z ew. ZUS po stronie pracodawcy zł/h

Ostateczna liczba uczestników IKS uzależniona będzie od porozumienia pomiędzy Koordynatorem projektu a Wykonawcą.

.....
podpis Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić



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 **1/2017/PFRON/KWSM/IKS data: 11.04.2017 r.** w ramach projektu „**Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM**” 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 **1/2017/PFRON/KWSM/IKS data: 11.04.2017 r.** w ramach projektu „**Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM**” 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 z póź. Zm.).

.....

podpis Wykonawcy