



ZAPYTANIE OFERTOWE

ZAPYTANIE OFERTOWE na usługi specjalisty ds. rekrutacji i form wsparcia realizowane na terenie woj. świętokrzyskiego lub woj. zachodniopomorskiego w ramach projektu: „Sprawić Moc”

Nr postępowania: 1/2017/PFRON/SPR-MOC/SRiFW data: 06.04.2017 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.

ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza składania ofert częściowych.

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia są usługi specjalisty ds. rekrutacji i form wsparcia realizowane w siedzibach Oddziałów PTRS na terenie woj. świętokrzyskiego lub woj. zachodniopomorskiego w wymiarze 18 godzin miesięcznie w formie umowy zlecenia, w ramach projektu „Sprawić Moc”, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

CPV: 79000000-4

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie rekrutacji uczestników w woj. zachodniopomorskim lub woj. świętokrzyskim
- stały kontakt telefoniczny i mailowy z koordynatorem centralnym i lokalnym projektu,
- prowadzenie bazy BO projektu,
- udzielanie informacji nt. projektu i form wsparcia,
- koordynowanie i nadzorowanie form wsparcia prowadzonych dla uczestników projektu na terenie woj. zachodniopomorskiego lub woj. świętokrzyskiego.

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 Oddziału PTRS w woj. zachodniopomorskim lub w siedzibie Oddziału PTRS na terenie woj. świętokrzyskiego w okresie kwiecień 2017 r.–31.03.2018 r.

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

- Składający ofertę powinni posiadać:
- wykształcenie minimum średnie,



- doświadczenie w pracy z osobami chorymi na SM (stwardnienie rozsiane) w tym niepełnosprawnymi fizycznie; posiadanie ukończonych specjalistycznych kursów w zakresie opieki nad osobami niepełnosprawnymi fizycznie oraz udzielania pomocy osobom chorym na SM,
- branie czynnego udziału w pracach Oddziału PTSR zlokalizowanego na terenie woj. świętokrzyskiego lub zachodniopomorskiego,

8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- wykaz prac wykonywanych przez Wykonawcę, w których wykorzystywał w sposób praktyczny wiedzę zawartą w tematyce przedmiotu, który będzie prowadził – zgodnie z załącznikiem nr 2
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub 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

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

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **13.04.2017r.** osobiście lub za pośrednictwem poczty (decyduje data wpływu ofert) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12, z dopiskiem „woj. świętokrzyskie” lub „woj. zachodniopomorskie”. Oferty, które zostaną złożone 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 70 pkt

Doświadczenie w zakresie realizowania pomocy dla osób z SM – max 15 pkt

Branie czynnego udziału w pracach Oddziału PTSR zlokalizowanego na terenie woj. świętokrzyskiego lub zachodniopomorskiego – max 15 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” – 70 pkt:

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 70 \text{ pkt.}$$

gdzie:

X_c - wartość punktowa ceny

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



Ci - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 15 pkt.:

Liczba lat pracy w zakresie realizowania pomocy dla osób chorych na SM – niepełnosprawnych fizycznie od 1 roku - 5 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie realizowania pomocy dla osób chorych na SM – niepełnosprawnych fizycznie od 1 roku do 3 lat - 10 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie realizowania pomocy dla osób chorych na SM – niepełnosprawnych fizycznie pow. 3 lat - 15 pkt.

Zasady oceny kryterium „branie czynnego udziału w pracach Oddziału PTSR zlokalizowanego na terenie woj. świętokrzyskiego lub zachodniopomorskiego”.

Liczba lat pracy w zakresie brania czynnego udziału w pracach Oddziału PTSR zlokalizowanego na terenie woj. świętokrzyskiego lub zachodniopomorskiego od 1 roku - 5 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie brania czynnego udziału w pracach Oddziału PTSR zlokalizowanego na terenie woj. świętokrzyskiego lub zachodniopomorskiego od 1 roku do 3 lat - 10 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie brania czynnego udziału w pracach Oddziału PTSR zlokalizowanego na terenie woj. świętokrzyskiego lub zachodniopomorskiego pow. 3 lat - 15 pkt.

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

Zamawiający dopuszcza do składania ofert osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia, a także osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

Zamawiający dopuszcza możliwość wybrania tylko jednej oferty dla każdego wyszczególnionego województwa 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 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 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2017/PFRON/SPR-MOC/SRiFW data: 06.04.2017 r.** w ramach projektu „Sprać Moc” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2017/PFRON/SPR-MOC/SRiFW data: 06.04.2017 r.** usługi specjalisty ds. rekrutacji i form wsparcia realizowane w siedzibach Oddziałów PTSR na terenie woj. świętokrzyskiego lub woj. zachodniopomorskiego w wymiarze 18 godzin miesięcznie w formie umowy zlecenia, w ramach projektu „Sprać Moc” oferujemy wykonanie usługi za:

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

.....
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 |
|------|-----------------------|-----------------------------------|-----------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Czynny udział w pracach Oddziału PTSR zlokalizowanego na terenie woj. świętokrzyskiego lub zachodniopomorskiego

Oświadczam,

iż biorę czynny udział w pracach Oddziału PTSR zlokalizowanego w woj. świętokrzyskim*/zachodniopomorskim* od.....do.....**

(NALEŻY PODAĆ DATĘ OD CHWILI ROZPOCZĘCIA WSPÓŁPRACY I OKREŚLIĆ CZY WSPÓŁPRACA TRWA NADAL LUB PODAĆ DATĘ JEJ ZAKOŃCZENIA)

*niepotrzebne skreślić

** należy podać datę od chwili rozpoczęcia współpracy i określić czy współpraca trwa „nadal” lub podać datę jej zakończenia

.....
podpis Wykonawcy



Załącznik 3 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2017/PFRON/SPR-MOC/SRiFW** data: **06.04.2017** r. 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