



**ZAPYTANIE OFERTOWE dotyczące przewozu uczestników i obsługi pierwszych Usprawniających Warsztatów Wyjazdowych w ramach projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”, współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w/w zamówienie nie stanowi zamówienia w rozumieniu PZP)**

**Nr postępowania: 2/2017/PFRON/KWSM/1UWW data: 16.08.2017 r.**

**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.

**1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

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

**2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przewóz ok. 36-40 os. (uczestników i obsługi) pierwszych Usprawniających Warsztatów Wyjazdowych:

- termin: 29.08– 03.09.2017 r. wyjazd z Łodzi przez Warszawę do miejscowości w województwie małopolskim i powrót z miejscowości w województwie małopolskim przez Warszawę do Łodzi oraz przewóz uczestników i obsługi na miejscu realizacji warsztatów do 50 km dziennie – 4 wyjazdy (1 wyjazd dziennie).

Oferta dotyczy przewozu do i z miejsca docelowego, przejazdów na miejscu realizacji warsztatów. **Nie zapewniamy zakwaterowania i wyżywienia dla kierowcy.**

**3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

CPV - 60172000-4 - Wynajem autobusów i autokarów wraz z kierowcą

**4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY**

- archiwizacja wszystkich dokumentów (logowanych zgodnie z wytycznymi PFRON) związanych z realizowanym projektem do 31 grudnia 2022r.)
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON,
- posiadanie potencjału technicznego niezbędnego do realizacji zamówienia,
- dysponowanie osobą posiadającą uprawnienia do przewozów autokarowych,
- pojazd musi być dostosowany do przewozu osób niepełnosprawnych (np. szerokie wejście z uchwytami; obowiązkowo: działająca toaleta, klimatyzacja, miejsce na sprzęt pomocniczy typu wózki inwalidzkie, podpórki, bagaże).
- zrealizowanie usługi w oparciu o pkt 2 „Opis przedmiotu zamówienia” niniejszej oferty.



## 5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy
- przekazanie Wykonawcy narzędzi badawczych do realizacji zadań
- przekazanie Wykonawcy do 2 dni przed planowanym rozpoczęciem wykonania usługi informacji o miejscu i godzinie zbiórki uczestników warsztatów, miejscu docelowym oraz wszelkich trasach przejazdu w trakcie realizacji usługi.

## 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: 29.08 – 03.09.2017 r. wyjazd z Łodzi przez Warszawę do miejscowości w województwie małopolskim i powrót z miejscowości w województwie małopolskim przez Warszawę do Łodzi oraz cztery przewozy uczestników i obsługi na miejscu warsztatów.

## 7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności.

## 8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności;
- doświadczenie w realizacji warsztatów dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu,
- posiadanie zdolności finansowych oraz technicznych do wykonania usługi.
- 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
- referencje

## 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 – Dyrektor Biura OW PTSR 22 831-00-76

## 12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **23.08.2017 r.** osobiście lub za pośrednictwem poczty w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12. (decyduje data wpłynięcia oferty do OW PTSR). 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.

**KRYTERIUM 1:** Cena usługi – maximum 80 pkt,

**KRYTERIUM 2:** Doświadczenie w realizacji przewozów autokarowych dla osób niepełnosprawnych fizycznie – maximum 15 pkt.

**KRYTERIUM 3:** Referencje – maximum 5 pkt.



#### 14. SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY

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” - 15 pkt.:**

- Liczba zorganizowanych przewozów dla ON od 1 do 5 – 6 pkt.
- Liczba zorganizowanych przewozów dla ON od 6 do 10 – 10 pkt.
- Liczba zorganizowanych przewozów dla ON 11 i więcej - 15 pkt.

**Zasady oceny kryterium „Referencje” (jedna referencja od jednego podmiotu) – max. 5 pkt.:**

- referencje ilość 1-5 – 2 pkt.
- referencje ilość 6 - 9 – 4 pkt.
- referencje ilość 10 i więcej - 5 pkt.

#### 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 włącznie do 28.08.2017 r.

Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

#### 17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

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 ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM”.

## **19. UWAGI KOŃCOWE**

- a) 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.
- b) 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.
- c) Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski zastrzega możliwość zmiany terminu wykonania realizacji usługi.

## **20. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

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 .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 2/2017/PFRON/KWSM/1UWW data: 16.08.2017 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 **2/2017/PFRON/KWSM/1UWW data: 16.08.2017 r.** dotyczące przewozu uczestników pierwszych Usprawniających Warsztatów Wyjazdowych wg opisu przedmiotu zamówienia – pkt 2 niniejszej oferty, oferujemy wykonanie usługi za:

<b>cena brutto w PLN za całość usługi</b>

.....  
podpis Wykonawcy



**Wykaz doświadczenia**

LP.	Ilość przewozów	Grupa docelowa

.....

podpis Wykonawcy



Załącznik 2 do zapytania ofertowego

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

.....

Dane teleadresowe

Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2017/PFRON/KWSM/1UWW data: 16.08.2017 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** Wykonawca jest/nie jest\* 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 co najmniej 10% udziałów lub 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.

..... dnia .....

\* Niepotrzebne skreślić

.....  
podpis Wykonawcy



Załącznik 3 do zapytania ofertowego

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

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2017/PFRON/KWSM/1UWW data: 16.08.2017 r.** w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr **2/2017/PFRON/KWSM/1UWW data: 16.08.2017 r.** w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, wyrażam nieodwołalnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów procesu rekrutacji łącznie z możliwością publikacji wyników rekrutacji na stronie www oraz na wgląd w dokumentację dotyczącą wyżej wymienionego zamówienia przez Zamawiającego oraz przez organy kontrolujące projekt.

..... dnia .....

.....

Podpis Wykonawcy