

ZAPYTANIE OFERTOWE na zakwaterowanie, wyżywienie korzystanie z sali do ćwiczeń wraz z matami podczas czwartych „Usprawniających warsztatów wyjazdowych” realizowanych przez OW PTSR w ramach prowadzonego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Nr postępowania: 2/2018/PFRON/KWSM/4UWW data: 13.11.2018 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.

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.

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- świadczenie usług związanych z obsługą czwartych „Usprawniających warsztatów wyjazdowych” zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia dla 30 osób niepełnosprawnych uczestników projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM” oraz 1 koordynatora, 1 instruktora oraz 2 wolontariuszy;
- lokalizacja ośrodka: teren województwa małopolskiego,
- ośrodek, w którym będzie świadczona usługa musi być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- ośrodek musi posiadać windę dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich z dostępem na wszystkie poziomy;
- stały dostęp do Internetu w całym obiekcie,
- bezpłatny parking dla autokarów na terenie ośrodka,
- każdy pokój z łazienką, telewizorem, czajnikiem bezprzewodowym, szklankami, pościelą i ręcznikami,
- łazienki w zajmowanych pokojach muszą być przystosowane do osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich tj. brak barier architektonicznych np. kabiny prysznicowe z niskim brodzikiem lub posadzka zamiast brodzika, dodatkowe uchwyty przy toaletach-prysznicu, krzeselka prysznicowe.
- wszystkie usługi muszą być świadczone w jednym budynku,
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON.

Zamawiający dopuszcza możliwość zmniejszenia lub zwiększenia ilości uczestników warsztatów o maximum 16%.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIENI (CPV)

Kod CPV

- 55270000-3 - Usługi świadczone przez placówki oferujące wyżywienie i miejsca noclegowe

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- oznakowanie pomieszczeń i dokumentów dotyczących przedmiotu zamówienia zgodnie z wytycznymi PFRON;
- archiwizacja wszystkich dokumentów związanych z realizowanym projektem;
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON
- zapewnienie zakwaterowania w budynku bez barier architektonicznych

5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy
- przekazanie Wykonawcy narzędzi badawczych do realizacji zadań
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie
- dostarczenie harmonogramu pobytu do 2 dni przed planowanym rozpoczęciem warsztatów

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Terminy warsztatów:

- 14-19.12.2018 r. woj. małopolskie

7. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

a) Zakwaterowanie podczas 6-dniowych warsztatów:

- **Nocleg (5 noclegów) dla 34 osób** - zapewnienie uczestnikom zakwaterowania w pensjonacie/ośrodku wypoczynkowym/hotelu dysponującym pokojami:
 - 4 pokoi 1 osobowych,
 - 15 pokoi 2 osobowych,

Wszystkie pokoje z łazienkami, telewizorem, czajnikiem bezprzewodowym, szklankami, pościelą oraz ręcznikami. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany ilości pokoi dwuosobowych na rzecz pokoi jednoosobowych (lub odwrotnie) w sytuacji, jeśli liczba kobiet w stosunku do mężczyzn będzie niesymetryczna.

- b) **Całodzienne wyżywienie (6 dni wyżywienia tj. śniadanie, obiad, kolacja)** podczas pobytu dla 34 osób. Śniadania i kolacje w postaci szwedzkiego stołu z min. 2 potrawami na ciepło i napojami do wyboru (woda, soki, kawa, herbata). Dwudaniowy obiad (zupa + drugie danie) z napojami i deserem. Każdego dnia min. 2 różne zestawy obiadowe do wyboru z uwzględnieniem potraw wegetariańskich i mięsnych.

- c) zaplecze rehabilitacyjne (jedna sala do ćwiczeń jogi wraz z matami dla m.in. 30 osób)

- d) lokalizacja ośrodka: teren województwa małopolskiego ośrodek, w którym będzie świadczona usługa musi być dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, każdy pokój z łazienką, telewizorem, czajnikiem bezprzewodowym, szklankami, pościelą i ręcznikami, stały dostęp do Internetu w całym obiekcie, bezpłatny parking dla autokarów na terenie ośrodka, wszystkie usługi muszą być świadczone w jednym budynku, umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez właściwe instytucje kontrolne. Harmonogram realizacji zamówienia Zamawiający przedstawi Wykonawcy harmonogram warsztatów w terminie do 2 dni przed ich rozpoczęciem.

Prosimy o udokumentowanie powyższych warunków (zdjęcia, menu przewidziane na czas pobytu).

8. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę posiada:

- uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,
- zdolność finansową oraz techniczną do wykonania usługi,
- doświadczenie w realizacji warsztatów dla osób niepełnosprawnych,

- referencje potwierdzające zrealizowanie warsztatów w zakresie zakwaterowania i wyżywienia osób z niepełnosprawnością fizyczną

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

9. 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,
- aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania oferty,
- doświadczenie w obsłudze warsztatów dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu (dorosłych osób z niepełnosprawnością fizyczną)
- dokumentacja potwierdzająca warunki wyżywienia, zakwaterowania, wynajmu Sali wymienione w punktach 7a, 7b, 7c, 7d (zdjęcia, menu przewidziane na czas pobytu);
- referencje.

10. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA

Rozliczenia prowadzone w PLN

11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Ofertę należy przygotować w języku polskim dołączając do niej wszystkie niezbędne dokumenty stanowiące załączniki do zapytania ofertowego. Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania zapytania ofertowego oraz obejmować koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należytej realizacji przedmiotu zamówienia.

12. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Marcin Skroczyński – tel.: 22 831-00-76

13. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **21.11.2018 r. do godz. 12:00** - osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej, firmy kurierskiej (decyduje data wpływu do siedziby OW PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12 z dopiskiem „**Odpowiedź na zapytanie ofertowe nr 2/2018/PFRON/KWSM/4UWW**” Oferty, które wpłyną po ww. terminie nie będą podlegać ocenie.

14. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Zamawiający dokona oceny ofert na podstawie poniżej przedstawionych kryteriów oceny ofert:

KRYTERIUM 1: Cena usługi – maximum 70 pkt,

KRYTERIUM 2: Wykaz doświadczenia w zakresie zakwaterowania i wyżywienia podczas warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu w okresie ostatnich 2 lat – maximum 15 pkt.

KRYTERIUM 3: Posiadanie referencji dotyczących wyżywienia i zakwaterowania podczas pobytu grup z dysfunkcją narządu ruchu – max. 15 pkt.

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie możliwość wizji lokalnej w celu stwierdzenia jakości opisanych warunków.

15. 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

C_i - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 15 pkt.:

- liczba warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych od 1 do 5 – 5 pkt.
- liczba warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych od 6 do 10 – 10 pkt.
- liczba warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych 11 i więcej - 15 pkt.

Zasady oceny kryterium „Referencje” - 15 pkt.:

- do 5 referencji – 5 pkt.
- 6–10 referencji – 10 pkt.
- 11 i więcej referencji – 15 pkt.

16. 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

17. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert. Oferent związany jest z ofertą do dnia 30.11.2018 r.

18. 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.

19. FINANSOWANIE

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

20. UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanych osobowo lub kapitałowo z 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, w szczególności poprzez:
 - a. uczestnictwo w spółce jako współnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
 - b. posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
 - c. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
 - d. pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

2. 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.

21. 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 **2/2018/PFRON/KWSM/4UWW** data: **13.11.2018** 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 **2/2018/PFRON/KWSM/4UWW** data: **13.11.2018** r. podczas czwartych „Usprawniających Warsztatów Wyjazdowych”.

Usługa	Cena brutto
zakwaterowanie (zł/osoba) za 1 dobę pobytu	
wyżywienie całodzienne (zł/osoba) za 1 dzień pobytu	
wynajem sali do zajęć wraz z matami- cena za 1 godzinę	
Razem	

.....
podpis Wykonawcy

Wykaz doświadczenia w zakresie zakwaterowania i wyżywienia podczas warsztatów dla dorosłych osób niepełnosprawnych

Termin realizacji usługi	Rodzaj wyjazdu	Grupa docelowa (w tym liczba osób)	Podmiot zlecający zrealizowanie usługi

.....
podpis Wykonawcy



....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2018/PFRON/KWSM/4UWW** data: **13.11.2018** r. na zakwaterowanie, wyżywienie, wynajem sali do ćwiczeń wraz z matami podczas czwartych „Usprawniających Warsztatów Wyjazdowych” 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

.....
podpis Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2018/PFRON/KWSM/4UWW** data: **13.11.2018** 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 w oparciu o zapytanie ofertowe nr **2/2018/PFRON/KWSM/4UWW** data: **13.11.2018** 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

