

**ZAPYTANIE OFERTOWE na: zakwaterowanie, wyżywienie, wynajem sali, przerwy kawowe - podczas Warsztatów Aktywizacji Zawodowej i Społecznej (WAZiS) na terenie województwa zachodniopomorskiego w ramach prowadzonego projektu: „Aktywny w pracy – aktywny w życiu” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**Nr postępowania: 2/2019/OWPTSR/AKT/WAZiS z 25.07.2019 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 warsztatów grupowych: Warsztatów Aktywizacji Zawodowej i Społecznej (WAZiS) na terenie województwa zachodniopomorskiego, zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia dla 25 osób niepełnosprawnych uczestników projektu "Aktywny w pracy – aktywny w życiu" oraz 4 trenerów i 4 osób z obsługi projektu,
- lokalizacja obiektu: teren województwa zachodniopomorskiego
- obiekt, w którym będzie świadczona usługa musi być dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną
- obiekt musi posiadać windę dla osób niepełnosprawnych fizycznie z dostępem na wszystkie poziomy budynku
- stały dostęp do Internetu w całym obiekcie,
- bezpłatny parking dla autokarów na terenie obiektu,
- każdy pokój z łazienką (wyłącznie kabiny prysznicowe), telewizorem, czajnikiem bezprzewodowym, szklankami, pościelą i ręcznikami,
- 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 ZAMÓWIEŃ (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 do 31 grudnia 2024r.;

- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON
- zapewnienie zakwaterowania w budynku bez barier architektonicznych
- zorganizowanie wyżywienia, przerw kawowych, wynajmu Sali na zajęcia zgodnie z pkt 7 n/n zapytania.

#### 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 4 dni przed planowanym rozpoczęciem warsztatów

#### 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin warsztatów:

- 23 wrzesień-27 wrzesień 2019 r. – województwo zachodniopomorskie

#### 7. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

- Wynajem sali szkoleniowej** (32 godzin szkoleniowych: śr. 4 dni po 8 godzin) dla 25 osób, dostosowanej dla osób chorych na SM. Sala musi być wyposażona w sprzęt multimedialny tj.: co najmniej rzutnik i ekran oraz mieć stały dostęp do Internetu.
- Zakwaterowanie i wyżywienie podczas 5-dniowych warsztatów:**
  - **Nocleg (4 noclegi) dla 25 uczestników projektu, 4 osób z obsługi projektu, 4 trenerów** - zapewnienie uczestnikom zakwaterowania w obiekcie dysponującym m.in pokojami:
    - 7 pokoi 1 osobowe,
    - 13 pokoi 2 osobowych,
 w tym minimum 3 pokoje 2 osobowe dostosowane do osób niepełnosprawnych, poruszających się na wózkach inwalidzkich. 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,
    - **Całodzienne wyżywienie - 5 dni (tj. śniadanie, obiad, kolacja)** podczas pobytu dla 25 uczestników projektu, 4 osób z obsługi projektu, 4 trenerów. 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.
- Przerwy kawowe podczas warsztatów:** 15 przerw łącznie (śr. 3 przerwy dziennie dla grupy 33 osób w postaci: kawa, herbata, woda, kruche ciastka)

**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
- doświadczenie w realizacji warsztatów dla osób z niepełnosprawnością fizyczną z dysfunkcją narządu ruchu
- posiadanie zdolności finansowych oraz technicznych do wykonania usługi.

#### 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
- wykaz doświadczenia – zgodnie z załącznikiem nr 3
- oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 4

- aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania oferty
- dokumentacja potwierdzająca warunki wymienione w punktach 7a, 7b, 7c (zdjęcia, menu przewidziane na czas pobytu)
- Informacja o ilości ogółem posiadanych pokoi przystosowanych dla osób z niepełnosprawnością fizyczną (w tym ilości tych pokoi przeznaczonych dla uczestników warsztatów WAZiS)

#### **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.

#### **12. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI**

Katarzyna Sadłowska – koordynator projektów tel.: 22 831 00 77

#### **13. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY**

Ofertę należy dostarczyć do dnia **31.07.2019. do godz. 15:00** - osobiście lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby OW PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 WARSZAWA, UL. NOWOSIELECKA 12. Oferty złożone po terminie lub niekompletne (nie spełniające wymogów formalnych) nie będą podlegały 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:** Doświadczenie w warsztatach dla osób niepełnosprawnych fizycznie – maximum 15 pkt.

**KRYTERIUM 3:** Posiadanie pokoi dla osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich (opis + zdjęcia) – maximum 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<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 warsztatów od 1 do 5 – 5 pkt
- Liczba zorganizowanych warsztatów od 6 do 10 – 10 pkt
- Liczba zorganizowanych warsztatów 11 i więcej - 15 pkt

#### **Zasady oceny kryterium „Posiadane pokoje przystosowane dla osób z niepełnosprawnością fizyczną” - 15 pkt.:**

3 pokoje – 5 pkt.

4 pokoje – 10 pkt

5 pokoi i więcej – 15 pkt

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

#### **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**

Wykonawca jest związany złożoną ofertą przez okres do 30.08.2019r.

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

#### **18. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA**

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość 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. „Aktywny w pracy – aktywny w życiu”.

#### **20. 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 Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego do zawarcia

umowy. OWPTSR może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

- c) Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego zastrzega możliwość zmiany terminu warsztatów.

## **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 – Wykaz doświadczenia

Załącznik nr 4 – Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych

*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2019/OWPTRS/AKT/WAZiS** w ramach projektu „Aktywny w pracy – aktywny w życiu” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **2/2019/OWPTRS/AKT/WAZiS** na zakwaterowanie wyżywienie, wynajem sali, przerwy kawowe podczas Warsztatów Aktywizacji Zawodowej i Społecznej (WAZiS) na terenie woj. zachodniopomorskiego.

| <b>Usługa</b>  | <b>Cena (brutto)</b> |
|--|----------------------|
| zakwaterowanie i wyżywienie całodzienne (cena za 1 osobę / 1 dzień w brutto PLN) |                      |
| wynajem sali (cena za 1 godz. brutto w PLN)                                      |                      |
| Przerwa kawowa (cena za jedną osobę / jedną przerwę kawową brutto w PLN)         |                      |
| <b>Razem</b>   |                      |

.....  
podpis Wykonawcy

\*Niepotrzebne skreślić

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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2019/OWPTSR/AKT/WAZiS** w ramach projektu „Aktywny w pracy – aktywny w życiu” 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

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

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

**Wykaz doświadczenia**

| LP. | Termin realizacji usługi | Rodzaj organizowanych zajęć dla ON i ilość uczestników |
|-----|--------------------------|--|
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |
|     |                          |  |

.....  
podpis Wykonawcy



Załącznik 4 do zapytania ofertowego

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

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2019/OWPTSR/AKT/WAZiS** w ramach projektu „Aktywny w pracy – aktywny w życiu” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr **2/2019/OWPTSR/AKT/WAZiS** w ramach projektu „Aktywny w pracy – aktywny w życiu” 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.

.....

podpis Wykonawcy