



ZAPYTANIE OFERTOWE dotyczące przewozu uczestników i obsługi drugich Usprawniających Warsztatów Wyjazdowych w ramach projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2”, współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w/w zamówienie nie stanowi zamówienia w rozumieniu PZP)

Nr postępowania: 1/2019/OWPTSR/KWSM/2UWW/TR data: 13.11.2019 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 autokarem min. 30 os. – max. 35 os. (uczestników i obsługi) drugich Usprawniających Warsztatów Wyjazdowych:

termin: 24-29.11.2019 r. wyjazd z Łodzi przez Warszawę, Radom, Kraków do Zakopanego i powrót z Zakopanego przez Kraków, Radom, Warszawę do Łodzi.

Oferta dotyczy przewozu do i z miejsca docelowego 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,
- umożliwienie przeprowadzenia kontroli projektu przez PFRON,
- posiadanie potencjału technicznego niezbędnego do realizacji zamówienia: sprzęt (autokar) w dobrym lub bardzo dobrym stanie technicznym i wizualnym;
- 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

- 24.11.2019 r. wyjazd z Łodzi przez Warszawę, Radom, Kraków do Zakopanego:
- 29.11.2019 r. powrót z Zakopanego przez Kraków, Radom, Warszawę do Łodzi.

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności.

8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania oferty,
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2,
- dokumentacja fotograficzna autokaru wraz ze wskazaniem marki autokaru i ilości miejsc pasażerskich,
- zezwolenie/licencje na wykonywanie krajowego lub międzynarodowego przewozu autokarem lub autobusem
- referencje – min. 3
- wykaz zrealizowanych przewozów grup z osobami z niepełnosprawnością fizyczną;

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 oraz wyszczególnione w pkt 8 niniejszej oferty. Należy podać cenę brutto za całość usługi. Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania zapytania oraz obejmować koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należytej realizacji przedmiotu zamówienia.

11. UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Katarzyna Sadłowska –22 831-00-76

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **19.11.2019 r. do godziny 15:00**, osobiście lub przesać (decyduje data wpływu oferty) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12. Oferty, które wpłyną po w/w terminie i godzinie 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 20 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_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 zorganizowanych przewozów dla ON od 1 do 5 – 10 pkt.
- Liczba zorganizowanych przewozów dla ON od 6 do 10 – 15 pkt.
- Liczba zorganizowanych przewozów dla ON 11 i więcej - 20 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 29.11.2019 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 2”.

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 **1/2019/OWPTRS/KWSM/2UWW/TR data: 13.11.2019 r.** w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr 1/2019/OWPTRS/KWSM/2UWW/TR data: 13.11.2019 r. dotyczące przewozu uczestników i obsługi drugich Usprawniających Warsztatów Wyjazdowych wg opisu przedmiotu zamówienia – pkt 2 niniejszej oferty, oferujemy wykonanie usługi za:

USŁUGA	CENA
CENA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ USŁUGI ZGODNIE Z WYMOGAMI W/W ZAPYTANIA OFERTOWEGO	
MARKA, MODEL AUTOKARU, ROK PRODUKCJI	

.....
podpis Wykonawcy



Wykaz doświadczenia

LP.	Ilość przewozów	Grupa docelowa

.....

podpis Wykonawcy



Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
Dane teleadresowe
Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr 1/2019/OWPTSR/KWSM/2UWW/TR data: 13.11.2019 r. w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2” 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 1/2019/OWPTRS/KWSM/2UWW/TR data: 13.11.2019 r. w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr 1/2019/OWPTRS/KWSM/2UWW/TR data: 13.11.2019 r. w ramach realizowanego projektu: „Kompleksowe wsparcie dla chorych na SM 2” 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