



ZAPYTANIE OFERTOWE na świadczenie usług rehabilitacji z wykorzystaniem urządzenia Huber360® dla osób chorych na stwardnienie rozsiane posiadających stopień niepełnosprawności w ramach prowadzonego projektu „Sprawić Moc 5”

Nr postępowania: 1/2021/OWPTSR/REH-HUBER360/SPR5 z 19.05.2021

## 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.

## 2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi rehabilitacji przy pomocy urządzenia HUBER360 dla osób chorych na SM uczestników projektu: „**Sprawić Moc 5**” na terenie województwa mazowieckiego.

Usługą zostanie objętych 15 osób posiadających stopień niepełnosprawności, chorujących na stwardnienie rozsiane. Dla każdej osoby przewidujemy 20 sesji treningowych z terapeutą na urządzeniu HUBER360 wraz z terapeutą po 60 min. każda.

## 3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIENI (CPV)

Kod CPV 85142100-7 – usługi fizjoterapii

## 4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- zapewnienie każdemu uczestnikowi konsultacji fizjoterapeutycznej przed rozpoczęciem zabiegów rehabilitacyjnych,
- wykonanie każdemu uczestnikowi zabiegów rehabilitacyjnych z wykorzystaniem urządzenia HUBER360 (20 zabiegów po 60 min. każdy)
- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty zabiegowe , formularze BO, i inne)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- dostępność gabinetu dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu,
- odległość budynku maximum 200 m od środków komunikacji miejskiej bez barier architektonicznych,
- umożliwienie sprawdzenia przez Zamawiającego posiadanego sprzętu tj. urządzenia HUBER360 oraz dostępności budynku na etapie rozstrzygnięcia zapytania ofertowego,
- prowadzenie usług zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym przez Zamawiającego.

## 5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,



- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których mają być przeprowadzone usługi rehabilitacji na urządzeniu HUBER360

#### **6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Zamówienie realizowane będzie na terenie woj. mazowieckiego, w okresie od dnia podpisania umowy do 31 marzec 2022 r.

#### **7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

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. W celu potwierdzenia, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca przedłoży;

- 1) kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności,
  - 2) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń
  - 3) kserokopie dokumentów potwierdzających dysponowanie sprzętem do rehabilitacji - HUBER360
- Oferty Wykonawców nie spełniających warunków zdefiniowanych w zapytaniu nie będą rozpatrywane. Zamawiający zastrzega sobie możliwość wglądu w dokumenty potwierdzające spełnianie wyżej wymienionych warunków przed podpisaniem umowy na wykonanie usług.

#### **8. 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,
- oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 3,
- dokumenty wyszczególnione w pkt 7 niniejszej oferty.

#### **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 tel. : 22 831-00-76/77

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

Ofertę należy dostarczyć do dnia **26.05.2021 do godzi. 15:00**, osobiście lub za pośrednictwem poczty (decyduje data stempla pocztowego) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12.

Oferty złożone po w/w terminie lub niekompletne (nie spełniające wymogów formalnych) nie będą podlegały ocenie.

#### **13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY**

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Cena – max 80 pkt

Doświadczenie w zakresie prowadzenia rehabilitacji dla osób chorych na SM w tym z niepełnosprawnością fizyczną z wykorzystaniem urządzenia HUBER360– max 20 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” – 80 pkt:**

$$Xc = \frac{C \text{ min}}{Ci} \times 80 \text{ pkt.}$$

gdzie:

Xc - wartość punktowa ceny

C min - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

Ci - cena w ofercie „i”

**Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 20 pkt.:**

Doświadczenie w zakresie prowadzenia rehabilitacji dla osób chorych na SM w tym z niepełnosprawnością fizyczną z wykorzystaniem urządzenia HUBER360 poniżej 1 roku - 5 pkt.

Doświadczenie w zakresie prowadzenia rehabilitacji dla osób chorych na SM w tym z niepełnosprawnością fizyczną z wykorzystaniem urządzenia HUBER360 od 1 roku do 3 lat - 10 pkt.

Doświadczenie w zakresie prowadzenia rehabilitacji dla osób chorych na SM w tym z niepełnosprawnością fizyczną z wykorzystaniem urządzenia HUBER360 od pow. 3 lat do 5 lat - 15 pkt.

Doświadczenie w zakresie prowadzenia rehabilitacji dla osób chorych na SM w tym z niepełnosprawnością fizyczną z wykorzystaniem urządzenia HUBER360 pow. 5 lat - 20 pkt.

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

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.

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.

#### **18. FINANSOWANIE**

Zamówienie jest współfinansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „Sprawić Moc 5”.

#### **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 Stewardnien 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 3 – Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

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

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2021/OWPTRS/REH-HUBER360/SPR5** z dnia **19.05.2021** w ramach projektu „Sprać Moc 5” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2021/OWPTRS/REH-HUBER360/SPR5** z dnia **19.05.2021** dotyczące zamówienia **świadczenie usług rehabilitacji z wykorzystaniem urządzenia Huber360®** dla osób chorych na stwardnienie rozsiane posiadających stopień niepełnosprawności oferuję wykonanie usługi za:

| Przedmiot zamówienia   | Cena brutto za 1h z ew. ZUS po stronie zlecniodawcy |
|--|---|
| Cena brutto za 1 godzinę (60 min). usług rehabilitacji na urządzeniu HUBER360 z fizjoterapeutą | ..... zł/h  |

Ostateczna liczba uczestników zajęć uzależniona będzie od ilości osób przyjmowanych do projektu z danego terenu oraz na podstawie porozumienia pomiędzy Koordynatorem projektu a Wykonawcą.

.....  
podpis Wykonawcy



**Wykaz prac wykonywanych przez Wykonawcę, w których wykorzystywał w sposób praktyczny wiedzę zawartą w tematyce przedmiotu, który będzie prowadził:**

| L.p. | Daty<br>(rok od – do) | Nazwa Pracodawcy<br>Zamawiającego | Obowiązki | Stanowisko |
|------|-----------------------|-----------------------------------|-----------|------------|
|      |                       |                                   |           |            |
|      |                       |                                   |           |            |
|      |                       |                                   |           |            |
|      |                       |                                   |           |            |
|      |                       |                                   |           |            |
|      |                       |                                   |           |            |
|      |                       |                                   |           |            |
|      |                       |                                   |           |            |
|      |                       |                                   |           |            |

.....  
podpis Wykonawcy



Załącznik 2 do zapytania ofertowego

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

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2021/OWPTSR/REH-HUBER360/SPR5** z dnia **19.05.2021** w ramach projektu „Sprawić Moc 5” 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



Załącznik 3 do zapytania ofertowego

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

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2021/OWPTSR/REH-HUBER360/SPR5** z dnia **19.05.2021** w ramach projektu „Sprawić Moc 5” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr **1/2021/OWPTSR/REH-HUBER360/SPR5** z dnia **19.05.2021** w ramach projektu „Sprawić Moc 5” 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