



**ZAPYTANIE OFERTOWE**  
**na przeprowadzenie IPD dla uczestników projektu:**  
**„Spraak Moc 6”**

**Nr postępowania: 1/2022/OWPTSR/IPD/SPR6 data: 01.04.2022**

**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.

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 przeprowadzenie Indywidualnych Planów Działania (IPD) dla uczestników projektu: „Spraak Moc 6” – osób dorosłych, z niepełnosprawnościami fizycznymi, chorych na SM.

**3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

CPV: 85000000-9

**4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY**

- przeprowadzenie konsultacji celem konstrukcji Indywidualnego Planu Działania osobom przydzielonym przez Zamawiającego.
- wypełnienie niezbędnej dokumentacji (druków IPD i ewentualnych załączników),

**5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO**

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

**6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Zamówienie realizowane będzie w siedzibie Zamawiającego na terenie woj. mazowieckiego lub/i woj. dolnośląskiego lub/i woj. podkarpackiego lub/i woj. świętokrzyskiego w okresie kwiecień 2022 – 31 marzec 2022 r.

**7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składający ofertę powinni posiadać:

- wykształcenie kierunkowe z zakresu: fizjoterapii lub psychologii,



- doświadczenie w pracy w charakterze fizjoterapeuty lub psychologa z osobami dorosłymi, z niepełnosprawnościami fizycznymi, chorymi na SM,
- mile widziane doświadczenie w zakresie opracowywania IPD.

#### **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 – załącznik nr 3
- kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i posiadane uprawnienia.

#### **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**

Katarzyna Sadłowska – tel. : 22 831-00-76/77

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

Ofertę należy dostarczyć do dnia **19.04.2022 r.** osobiście lub za pośrednictwem poczty (decyduje data wpływu oferty) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12, z dopiskiem województwa na terenie którego realizowana będzie usługa oraz specjalności wykonywanej usługi. Oferty, które wpłyną po terminie nie będą podlegały 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. Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierować przy wyborze oferty to cena (80%) i doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnościami fizycznymi w tym chorymi na SM w charakterze fizjoterapeuty lub psychologa - (20%).

#### **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:**

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 80 \text{ pkt.}$$

gdzie:

X<sub>c</sub> - wartość punktowa ceny



C min - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert  
Ci - cena w ofercie „i”

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

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnościami fizycznymi w tym chorymi na SM w charakterze fizjoterapeuty lub psychologa: poniżej 1 roku - 5 pkt.

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnościami fizycznymi w tym chorymi na SM w charakterze fizjoterapeuty lub psychologa: od 1 roku do 3 lat - 10 pkt.

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnościami fizycznymi w tym chorymi na SM w charakterze fizjoterapeuty lub psychologa: od powyżej 3 lat do 5 lat - 15 pkt.

Liczba lat doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnościami fizycznymi w tym chorymi na SM w charakterze fizjoterapeuty lub psychologa: pow. 6 lat - 20 pkt.

Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

Zamawiający dopuszcza do składania ofert osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia, a także osoby fizyczne, prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą -wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

Zamawiający dopuszcza możliwość wybrania kilku oferentów lub nie wybrania żadnej oferty.

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 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.

W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

### **18. FINANSOWANIE**

Zamówienie jest współfinansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „**Sprawić Moc 6**”.



## 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 Stwardnienia 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 1 do zapytania ofertowego

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

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2022/OWPTSR/IPD/SPR6 data: 01.04.2022** w ramach projektu „**Sprawić Moc 6**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **1/2022/OWPTSR/IPD/SPR6 data: 01.04.2022** dotyczące zamówienia na przeprowadzenie IPD dla uczestników projektu oferujemy wykonanie usługi za:

| Przedmiot zamówienia                                    | Cena brutto za 1h z ew. ZUS po stronie pracodawcy |
|---|---|
| Cena brutto za 1 godzinę pracy przy przeprowadzeniu IPD | ..... zł/h  |
| <b>WOJEWÓDZTWO/ POWIAT/<br/>MIASTO</b>                  |   |

Ostateczna liczba uczestników zajęć uzależniona będzie od 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 **1/2022/OWPISR/IPD/SPR6** data: **01.04.2022** w ramach projektu „**Sprawić Moc 6**” 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 **1/2022/OWPTSR/IPD/SPR6 data: 01.04.2022** w ramach projektu „Sprawić Moc 6” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr **1/2022/OWPTSR/IPD/SPR6 data: 01.04.2022** w ramach projektu „Sprawić Moc 6” 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