



ZAPYTANIE OFERTOWE

na przeprowadzenie indywidualnych zajęć – terapeutyczna jazda konna - w ramach prowadzonego projektu: „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM V”

Nr postępowania: 2/2024/SP/5 Z DNIA 09.04.2024

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 realizacja indywidualnych zajęć – terapeutyczna jazda konna dla uczestników projektu: „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM V” – osób dorosłych, niepełnosprawnych, chorych na SM. Pojedyncze zajęcia będą trwały średnio 1 godzinę. Średnia ilość zajęć w ciągu miesiąca – 18. Średnia ilość osób objętych wsparciem - 6 os.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

CPV: 85000000-9

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie indywidualnych zajęć – terapeutyczna jazda konna dla osób przydzielonych przez Zamawiającego,
- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (listy z zajęć z uwzględnieniem wymogów dot. zastosowania logo PFRON).

5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,
- terminowe opłacanie faktur wystawianych przez Wykonawcę.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie realizowane będzie na terenie m.st. Warszawy w okresie 22.04.2024 do 31.03.2027

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę oświadcza, że:

- posiada odpowiednie miejsce do świadczenia usług z dostępem dostosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo,
- na terenie obiektu znajduje się rampa do wsiadania w tym rampa przystosowana dla osób poruszających się przy pomocy wózków inwalidzkich,
- dysponuje krytą halą do prowadzenia zajęć całorocznych;



- podczas zajęć uczestnik ma zapewniony kask ochronny;
- użytkowane konie podczas zajęć są odpowiednio przygotowane do realizacji terapeutycznej jazdy konnej,
- osoby prowadzące zajęcia posiadają wykształcenie hipoterapeuty posiadający tytuł zawodowy instruktora hipoterapii udokumentowany legitymacją i certyfikatem wydanym przez PTHip.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnościami fizycznymi, w szczególności chorymi na SM.

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,
- kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie prowadzących zajęcia 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

Marcin Skroczyński – 22 831-00-76/77

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia 15.04.2024 do godz. 12:00 - osobiście lub przesyłką za pośrednictwem POCZTY POLSKIEJ (decyduje data wpływu oferty) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 00-466 Warszawa, ul. Nowosielecka 12, z dopiskiem "Nr postępowania 2/2024/SP/5". Oferty niekompletne lub przesłane/złożone w innej formie niż określona w pkt. 12 oraz te które wpłyną po ww. terminie nie będą podlegać 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 zajęć – terapeutyczna jazda konna – 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:

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

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 lat pracy w zakresie prowadzenia zajęć dla osób z SM poniżej 1 roku - 5 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie prowadzenia zajęć dla osób z SM od 1 roku do 5 lat - 15 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie prowadzenia zajęć dla osób z SM od pow. 5 lat - 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 do 2024-04-30

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/zamówienia jest/są współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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.

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 4 - Wykaz doświadczenia



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2024/SP/5** w ramach projektu „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM V” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **2/2024/SP/5** proponuję:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto
Cena brutto za 1 godzinę zajęć zł

.....
podpis Wykonawcy



....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **2/2024/SP/5** w ramach projektu „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM V” 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 **2/2024/SP/5** w ramach projektu „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM V” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr **2/2024/SP/5** w ramach projektu „SM’owa przystań - usprawnianie ruchowe i społeczne chorych na SM V” 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



Doświadczenie

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

.....
podpis Wykonawcy