ZAPYTANIE OFERTOWE na świadczenie usług rehabilitacji w domu pacjenta osoby chorej na SM w ramach prowadzonego projektu „Sprawić Moc 4"

Nr postępowania: 1/2021/OWPTSR/REH-DOM/SPR4 z dnia 28.01.2021r.

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 świadczenie usług rehabilitacji w domu pacjenta osoby chorej na SM dla uczestników projektów: **„Sprawić Moc 4"** na terenie województwa mazowieckiego.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

CPV: 85310000-5

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty wizyt rehabilitacji i inne z uwzględnieniem wymogów dot. zastosowania logo PFRON),
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych wizyt/zajęć,
- prowadzenie zajęć rehabilitacji w miejscu zamieszkania osoby chorej.

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.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie realizowane będzie na terenie woj. mazowieckiego w okresie luty 2021 r. – 31 marzec 2021 r.

7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę powinni:
- posiadać wykształcenie kierunkowe oraz wpis do Krajowej Izby Fizjoterapeutów,
- doświadczenie w wykonywaniu zabiegów fizjoterapeutycznych na rzecz osób z niepełnosprawnościami.

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,
- 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

Marcin Skroczyński – Dyrektor Biura tel. : 22 831-00-76/77

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **05.02.2021 r. 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 świadczenia usług asystenckich dla chorych na SM – 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:

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.:

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług rehabilitacji dla osób z SM poniżej 1 roku - 5 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług rehabilitacji dla osób z SM od 1 roku do 3 lat - 10 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług rehabilitacji dla osób z SM od pow. 3 lat do 5 lat - 15 pkt.

Liczba lat pracy w zakresie świadczenia usług rehabilitacji dla osób z SM pow. 5 lat - 20 pkt.

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

Zamawiający dopuszcza do składania ofert osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia oraz osoby 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 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 4".

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 3 – Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

……, dnia ……

…….

…….

…….
Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2021/OWPTSR/REH-DOM/SPR4 z dnia 28.01.2021r.**w ramach projektu „Sprawić Moc 4" współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe" nr **1/2021/OWPTSR/REH-DOM/SPR4 z dnia 28.01.2021r.** dotyczące zamówienia na świadczenie usług rehabilitacji w domu pacjenta osoby chorej na SM oferuję wykonanie usługi za:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1h z ew. ZUS po stronie pracodawcy
Cena brutto za 1 godzinę usług rehabilitacji w domu pacjenta z ew. ZUS po stronie pracodawcy, zawierająca koszty dojazdu do chorego	……. 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 (rok od – do)	Nazwa Pracodawcy Zamawiającego	Obowiązki	Stanowisko

……..
podpis Wykonawcy

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

……, dnia ……

…….

…….

…….
Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **1/2021/OWPTSR/REH-DOM/SPR4 z dnia 28.01.2021r.** w ramach projektu „Sprawić Moc 4" 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-DOM/SPR4 z dnia 28.01.2021r.** w ramach projektu „Sprawić Moc 4" 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-DOM/SPR4 z dnia 28.01.2021r.** w ramach projektu „Sprawić Moc 4" 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