



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18
Tel./fax: 42 649-18-03

**ZAPYTANIE OFERTOWE w formie rozeznania rynku na przeprowadzenie rehabilitacji w ośrodku dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu:
„Sprawić Moc 4”**

Nr postępowania: 5/2020/PFRON/SM4/RR data: 05 maj 2020 r.

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi
ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź, lodz@ptrs.org.pl**

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.

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia są indywidualne zajęcia rehabilitacyjne w ośrodku prowadzone dla 15 os. posiadających znaczny, umiarkowany lub lekki stopień niepełnosprawności średnio po 20 dni zabiegowych na osobę. Zajęcia będą trwały średnio 2 godziny. Różnorodne zajęcia będą dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości chorego. Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane będą przez rehabilitantów po specjalistycznym szkoleniu z zakresu rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym.

Wykaz zabiegów:

-krioterapia ogólnoustrojowa
- masaż ręczny
- masaż pneumatyczny
- magnetronic
-kinezyterapia
-laser
-krioterapia miejscowa
-masaż podwodny
- terrapuls

Postępowanie rehabilitacyjne ma za zadanie pomóc pacjentowi w taki sposób, aby jak najdłużej mógł zachować swoje maksymalne możliwości. Zarówno rodzaj rehabilitacji, jak i czas jej rozpoczęcia oraz trwania nie są obojętne. Regularne zajęcia rehabilitacyjne umożliwią choremu utrzymywanie sprawności fizycznej na możliwie najlepszym poziomie.



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

Wymagania niezbędne:

Budynek w którym zostaną przeprowadzone zabiegi rehabilitacyjne musi się znajdować na terenie województwa łódzkiego i zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, musi być też przystosowany do poruszania się osób na wózkach inwalidzkich.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

85142100-7 – usługi fizjoterapii

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- wykonanie każdemu uczestnikowi zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty zabiegowe, formularze BO, i inne)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- dostępność gabinetów zabiegowych dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu,
- odległość budynku maximum 200 m od środków komunikacji miejskiej bez barier architektonicznych
- umożliwienie sprawdzenia przez Zamawiającego posiadanych sprzętów rehabilitacyjnych 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 opracowania IPD

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: czerwiec 2020 r. – marzec 2021 r.
- miejsce: woj. łódzkie, zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie.

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.

Oferty Wykonawców nie spełniających warunków zdefiniowanych w zapytaniu nie będą rozpatrywane.

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 osoby prowadzącej rehabilitację (np. prawo wykonywania zawodu, dyplomy)



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

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,
- aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania oferty
- poświadczenie kwalifikacji zawodowych personelu, który będzie wykonywał zlecone zabiegi
- klauzula informacyjna z art. 13 RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia - zgodnie z załącznikiem nr 3,
- oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych udziału w postępowaniu – zgodnie z załącznikiem nr 4

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. Należy podać kwotę **brutto za 1 godzinę zegarową za wykonanie przedmiotu zamówienia.**

Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania zapytania oraz obejmować koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należytej realizacji przedmiotu zamówienia

11. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Monika Koza – kierownik biura, mail: lodz@ptsr.org.pl

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **19.05.2020 r. do godz. 16.00** pocztą elektroniczną (w postaci skanu) na maila: lodz@ptsr.org.pl lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, opatrzonej napisem **ZAPYTANIE OFERTOWE w formie rozeznania rynku na przeprowadzenie rehabilitacji w ośrodku dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „Sprawić Moc 4”.**

W przypadku przesłania skanu oferty, oryginały dokumentów zostaną dostarczone przez Wykonawcę najpóźniej w dniu podpisania umowy.

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością - max 15 pkt



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

Cena zaproponowana za realizację usługi – max 85 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” – 85 pkt:

$$X_c = \frac{C_{\min}}{C_i} \times 85 \text{ pkt.}$$

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” - 15 pkt.:

- brak doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnością – 0 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością do 1 roku - 5 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością od 1 roku do 5 lat - 10 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością powyżej 5 lat - 15 pkt.

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 uzyskaną punktacją zdecyduje o dokonaniu ostatecznego wyboru.

15. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY

Umowa z wykonawcą zostanie zawarta przed podjęciem współpracy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego

16. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- od dnia podpisania umowy do 31 marca 2021 r.

17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

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 przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.



19. UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może być udzielane podmiotom powiązanim z beneficjentem osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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 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, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
2. 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 w Łodzi do zawarcia umowy. PTSR Oddział w Łodzi 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 - Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

Załącznik nr 4 - Oświadczenie dotyczące spełnienia wymagań niezbędnych do udziału w postępowaniu



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

Imię i nazwisko Wykonawcy:

Adres:

Tel. kontaktowy:

e-mail:

Dotyczy zapytania ofertowego nr **5/2020/PFRON/SM4/RR** data: **05 maj 2020 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 4**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” w formie rozeznania rynku na przeprowadzenie rehabilitacji w ośrodku dla osób ze stwardnieniem rozsianym w ramach prowadzonego projektu: „**Sprawić Moc 4**”

W ramach kosztów zamówienia należy wyszczególnić:	cena jednostkowa brutto w woj. łódzkim *	cena jednostkowa brutto w woj. zachodniopomorskim*	cena jednostkowa brutto w woj. kujawsko-pomorskim*
- krioterapia ogólnoustrojowa			
- masaż ręczny			
- masaż pneumatyczny			
-magnetronic			
- kinazyterapia			
- laser			
- krioterapia miejscowa			
- masaż podwodny			
-terrapuls			
Koszt całkowity brutto:			

.....
podpis Wykonawcy

** cena brutto tzn. musi uwzględniać wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania zamówienia oraz składki na ubezpieczenie społecznie i zdrowotne, których obowiązek regulowania wynika z aktualnie obowiązujących przepisów zarówno przez Wykonawcę oraz Zamawiającego (tj. płaca Wykonawcy brutto oraz narzuty na wynagrodzenie ze strony Zamawiającego).*



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18
Tel./fax: 42 649-18-03

Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością

LP.	Daty (rok od – do rok)	Nazwa Pracodawcy	Obowiązki	Stanowisko

.....
podpis Wykonawcy



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik 2 do zapytania ofertowego

....., dnia

Imię i nazwisko Wykonawcy:

Adres:

Tel. kontaktowy:

e-mail:

Dotyczy zapytania ofertowego nr **5/2020/PFRON/SM4/RR** data: **05 maj 2020 r.** . w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 4**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz 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 kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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 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, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

..... dnia

.....
podpis Wykonawcy

* Niepotrzebne skreślić



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18
Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

Klauzula informacyjna z art. 13 RODO w celu związanym
z postępowaniem o udzielenie zamówienia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi, 90-349 Łódź ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18.**
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego **nr postępowania: 4/2019/UE data: 22 lipca 2019 r. z zachowaniem zasady konkurencyjności;**
- odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Umowę o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz podrozdział 6.5 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, dalej „wytyczne”;
- dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Umową o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania;
- obowiązek podania przez osobę fizyczną danych osobowych bezpośrednio jej dotyczących jest wymogiem określonym w przepisach wytycznych, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z wytycznych;
- w odniesieniu do danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- osoba fizyczna posiada:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych, które jej dotyczą;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania swoich danych osobowych (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba fizyczna uzna, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących narusza przepisy RODO;



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18
Tel./fax: 42 649-18-03

- osobie fizycznej nie przysługuje:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.**

.....
Zapoznałem/zapoznałam się i wyrażam zgodę
(Data i podpis)



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi
90-349 Łódź, ul. Ks. bpa W. Tymienieckiego 18
Tel./fax: 42 649-18-03

Załącznik 4 – do Zapytania ofertowego

Imię i nazwisko Wykonawcy:

Adres:

Tel. kontaktowy:

e-mail:

Dotyczy zapytania ofertowego nr **5/2020/PFRON/SM4/RR** data: **05 maj 2020 r.** . w ramach realizowanego projektu: „**Sprawić Moc 4**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oświadczam, że przystępując po przedmiotowego postępowania spełniam warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności objętej przedmiotem zamówienia, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania doświadczenia w realizacji usług będących przedmiotem zamówienia;

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 kk.

.....
(imię i nazwisko, podpis Wykonawcy)