



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie

62-510 Konin ul. Szymanowskiego 4
tel. 638901768; 798776362
NIP 665-24-80-822 Regon 311109236
www.konin.ptsr.org.pl e-mail:konin@ptsr.org.pl
Konto bankowe nr 35 2030 0045 1110 0000 0059 4570

ZAPYTANIE OFERTOWE NR 3/2017

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie ul. Szymanowskiego 4,
62-510 Konin, NIP 6652480822, REGON 311109236, KRS000051385
www.konin.ptsr.org.pl, konin@ptsr.org.pl

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Przedmiotem zamówienia jest wykonanie usługi Asystenta Osoby Niepełnosprawnej dla osób z niepełnosprawnością, chorych na stwardnienie rozsiane z terenu woj. wielkopolskiego, kujawsko-pomorskiego w ramach realizowanego projektu: „RAK 2017 – Rehabilitant - Asystent - Konsultant” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Wymagania : osoby posiadające wykształcenie kierunkowe i/lub ukończony specjalistyczny kurs na asystenta/opiekuna osoby niepełnosprawnej, posiadające doświadczenie w pracy jako asystent/opiekun i doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi, w szczególności chorymi na SM. Przedmiot zamówienia świadczony będzie w domach beneficjentów ostatecznych projektu.

3. ZAPYTANIE DOTYCZY KODU CPV:

- 85310000-5 - Usługi pracy społecznej

4. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO:

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,
- przekazanie wzoru formularza Kart pracy, zestawienia miesięcznych godzin wizyt,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, u których będą prowadzone wizyty Asystenta.

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY:

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty pracy, formularze),
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- prowadzenie usług zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym przez Zamawiającego



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie

62-510 Konin ul. Szymanowskiego 4
tel. 638901768; 798776362
NIP 665-24-80-822 Regon 311109236
www.konin.ptsr.org.pl e-mail:konin@ptsr.org.pl
Konto bankowe nr 35 2030 0045 1110 0000 0059 4570

5. 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 kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń (np. dyplomy, świadectwa ukończenia kursów, certyfikaty itp.).

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. Ubiegający się o udzielenie zamówienia ponosi koszty przygotowania i złożenia oferty. Zamawiający dopuszcza do składania ofert wyłącznie przez osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia oraz osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

7. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- kwiecień 2017 r. do marzec 2018 r.

- województwo : wielkopolskie, kujawsko – pomorskie.

8. WALUTA W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA:

Rozliczenia prowadzone w PLN

9. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

Oferta powinna być sporządzona w języku polskim oraz powinna zawierać wszystkie niezbędne dokumenty stanowiące załączniki do zapytania ofertowego. Powinna zawierać cenę brutto za 1 godzinę usługi asystenckiej. Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania zapytania oraz obejmować koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należytej realizacji przedmiotu zamówienia w szczególności koszt: dojazdu do uczestnika, a także innych elementów niezbędnych do prawidłowego wykonania zamówienia.

10. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTU Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI:

Osobą uprawnioną do kontaktów w sprawie niniejszego zapytania jest:
Emilia Czerwińska – tel. 638901768, e-mail: czerwinkaemilia@wp.pl



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie

62-510 Konin ul. Szymanowskiego 4
tel. 638901768; 798776362
NIP 665-24-80-822 Regon 311109236
www.konin.ptsr.org.pl e-mail:konin@ptsr.org.pl
Konto bankowe nr 35 2030 0045 1110 0000 0059 4570

11. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY:

Oferty muszą być złożone do dnia: **31.03.2017 r.**

Oferty należy złożyć w wersji elektronicznej na adres e-mail: konin@ptsr.org.pl, osobiście, za pośrednictwem poczty (decyduje data wpływu do PTRS) lub kurierem w zamkniętej na trwale kopercie zatytułowanej następująco: „Oferta na usługi Asystenta Osoby Niepełnosprawnej dla osób z niepełnosprawnością, chorych na stwardnienie rozsiane w ramach projektu pt.: „RAK 2017 Rehabilitant – Asystent - Konsultant”.

Oferty otrzymane po terminie zgodnie z pkt.11 nie będą rozpatrywane.

12. KRYTERIA OCENY OFERTY I WYBORU WYKONAWCY:

W celu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający dokona oceny i wyboru ofert spośród Wykonawców spełniających warunki określone w punkcie 2, a także w oparciu o następujące kryteria:

KRYTERIUM 1: Cena usługi – maximum 80 pkt.

KRYTERIUM 2: Doświadczenie w pracy z osobami chorymi na stwardnienie rozsiane (SM) – maximum 20 pkt.

13. SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY:

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.:

- brak doświadczenia w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM) – 0 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM) do 5 lat - 5 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym (SM) powyżej 5 lat – 15 pkt.



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Koninie

62-510 Konin ul. Szymanowskiego 4

tel. 638901768; 798776362

NIP 665-24-80-822 Regon 311109236

www.konin.ptsr.org.pl e-mail:konin@ptsr.org.pl

Konto bankowe nr 35 2030 0045 1110 0000 0059 4570

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. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru kilku ofert i podziału przedmiotu zamówienia między kilku wykonawców.

12. FORMALNOŚCI JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY:

Zamawiający przeprowadzi analizę złożonych ofert. W tym czasie zastrzega sobie prawo do negocjacji i wyjaśnień dotyczących zakresu oferty.

Informacja o wyniku postępowania wysłana będzie się do każdego wykonawcy, który złożył ofertę oraz umieszczona na stronie internetowej www.konin.ptsr.org.pl. Wybrany oferent zostanie zaproszony do podpisania umowy. Umowa z wykonawcą zostanie zawarta przed podjęciem współpracy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego

Jeżeli oferent, którego oferta została wybrana, odstąpi od zawarcia umowy, Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert dla danego zapytania.

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający zawiadamia Wykonawców, którzy złożyli oferty o wynikach postępowania, podając nazwę i adres Wykonawcy, którego ofertę wybrano.

14. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ:

Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

15. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA:

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny. W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów 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.

16. FINANSOWANIE:

Zamówienie jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie

62-510 Konin ul. Szymanowskiego 4

tel. 638901768; 798776362

NIP 665-24-80-822 Regon 311109236

www.konin.ptsr.org.pl e-mail:konin@ptsr.org.pl

Konto bankowe nr 35 2030 0045 1110 0000 0059 4570

17. UWAGI KOŃCOWE

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 do zawarcia umowy. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanym osobowo lub kapitałowo z 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.

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Załącznik nr 3 – Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych