



## ZAPYTANIE OFERTOWE NR 36/HAS-OzNII/PFRON/2024

### 1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie ul. Noskowskiego 1A  
NIP 6652480822, REGON 311109236, KRS 0000051385 www.konin.ptsr.org.pl,  
e-mail konin@ptsr.org.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 dopuszcza możliwość negocjacji cenowej.

### 2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

Przedmiotem zamówienia są indywidualne usługi asystenta osoby niepełnosprawnej skierowane dla osób długotrwale niepełnosprawnych, przewlekle chorych na SM lub inne schorzenie, świadczone na terenie województwa: wielkopolskiego w ramach realizowanego projektu *Holistyczna aktywność społeczna OzN II* współfinansowanego ze środków PFRON.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług społecznych przez asystentów mających na celu: nabywanie/ rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania, umiejętność i likwidację barier dotyczących korzystania z pomocy innych, poczucie większej samodzielności w życiu z SM i innymi chorobami, naukę samoobsługi w czynnościach dnia codziennego, doinformowanie i pośredni kontakt z PTSR i z instytucjami pomocowymi, możliwość pozostania w kręgu dotychczasowych zainteresowań, hobby, odciążenie opiekuna chorej osoby, najczęściej członka rodziny, motywowanie do wychodzenia (wywożenia) z domowego zamknięcia, wyjścia /wspólne/ z domu, spacer, uczestnictwo w spotkaniach jako najbardziej oczekiwany efekt wsparcia, u dla średnio 100 beneficjentów zakwalifikowanych przez zamawiającego na podstawie dokumentacji medycznej stanu chorobowego beneficjanta. Zamawiający przewiduje łącznie 43200 godzin usług asystenckich (średnio 36 godzin/miesiąc na jednego beneficjenta) terminie: 01.04.2024 – 31.03.2025.

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w domu beneficjenta.

### 3. ZAPYTANIE DOTYCZY KODU CPV:

85310000-5 - Usługi pracy społecznej

### 4. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO:

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



- przekazanie wzoru formularza Kart pracy i zestawienia przepracowanych godzin,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których będzie świadczona usługa asystencka.

#### 5. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY:

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji przekazanej przez zamawiającego,
- prowadzenie usług zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym przez Zamawiającego.

#### 6. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

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

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 tj. osoba posiadająca uprawnienia do świadczenia usług asystenckich. 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 (o ile dotyczy)
2. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń (np. dyplomy, certyfikaty, zaświadczenia o ukończonych kursach itp.)

Zamawiający zastrzega sobie możliwość wglądu w dokumenty potwierdzające spełnianie wyżej wymienionych warunków przed podpisaniem umowy na wykonanie usług.

#### 7. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie realizowane będzie w domach uczestników projektu na terenie województw: wielkopolskiego w okresie kwiecień 2024 marzec 2025.

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

Rozliczenia prowadzone w PLN

#### 9. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

Ofertę należy przygotować w języku polskim dołączając do niej wszystkie niezbędne dokumenty stanowiące załączniki do zapytania ofertowego. Należy podać cenę brutto za 1 godzinę usługi asystenta osoby niepełnosprawnej. 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:

Osobami uprawnionymi do kontaktów w sprawie niniejszego zapytania są:

Krystyna Frankowska - tel. 798 776 362, e-mail: konin@ptsr.org.pl

Emilia Czerwińska-Pilarczyk – tel. 798 496 177, e-mail: koninptsr@wp.pl

#### 11. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY:

Oferty należy dostarczyć do dnia: **27.09.2024 r. do godziny 14.00** osobiście, za pośrednictwem poczty (decyduje data stempla pocztowego), kurierem w zamkniętej na trwale kopercie zatytułowanej następująco: „Oferta na wizyty Asystenta OzN dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu pt.: *Holistyczna aktywność społeczna OzN II*” na adres Zamawiającego tj. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie ul. Noskowskiego 1A, 62-510 Konin lub w formie skanu.

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

#### 12. KRYTERIA OCENY OFERTY I WYBORU WYKONAWCY:

Zamawiający dopuszcza możliwość wybrania kilku oferentów lub nie wybrania żadnej oferty, podziału przedmiotu zamówienia między kilku wykonawców.

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

KRYTERIUM 1: Cena usługi – maximum 80 pkt.

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

#### 13. SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY:

Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierować przy wyborze oferty:

Zasady oceny kryterium 1: „Cena usługi” – 80 pkt.:

$C_{min}$

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

$C_i$

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 2 „Doświadczenie” –maximum 20 pkt.:

- brak doświadczenia w pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym ze stwardnieniem rozsianym (SM) – 0 pkt.

- doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym ze stwardnieniem rozsianym (SM) do 5 lat - 10 pkt.

- doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym ze stwardnieniem rozsianym (SM) powyżej 5 lat - 20 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.

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

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieszcza informację 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 w miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.

### 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 w ramach projektu: *Holistyczna aktywność społeczna OzN II*.

### 17. UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanim osobowo lub kapitałowo ze Zleceniobiorcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu



Zleceniobiorcy lub osobami wykonującymi w imieniu Zleceniobiorcy czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:

- uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- posiadanie udziałów lub co najmniej 10 % akcji,
- pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia 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 do zawarcia umowy. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie 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 wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych