



## **ZAPYTANIE OFERTOWE NR 12/HAS-OzN/PFRON/2023**

### **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 specjalisty trenera/instruktora/fizjoterapeuty opracowującego Indywidualny Plan Działania (IPD) dla osób długotrwale niepełnosprawnych, przewlekle chorych na SM lub inne schorzenie, świadczone na terenie województw: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, mazowieckiego, podkarpackiego, podlaskiego, pomorskiego, śląskiego, wielkopolskiego w ramach realizowanego projektu *Holistyczna aktywność społeczna OzN* współfinansowanego ze środków PFRON.

Zamawiający przewiduje przeprowadzenie konsultacji IPD dla 250 BO – wstępna i końcowa w terminie: 01.04.2023 – 31.03.2024.

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w domu beneficjenta.

### **3. ZAPYTANIE DOTYCZY KODU CPV:**

- 85312320-8 usługa doradztwa

### **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 konsultacja IPD

### **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- konsultacja IPD. 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: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, mazowieckiego, podkarpackiego, podlaskiego, pomorskiego, śląskiego, wielkopolskiego w okresie kwiecień 2023 marzec 2024.

#### **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. 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: **25.05.2023 r. do godziny 14.00** osobiście, za pośrednictwem poczty (decyduje data stempla pocztowego), kurierem w zamkniętej na trwale kopercie zatytułowanej następująco: „Oferta na opracowanie Indywidualnego Planu Działania dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu pt.: *Holistyczna aktywność społeczna OzN*” 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” - 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*.

### **17. UWAGI KOŃCOWE**

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanych 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