

Brzeziny, dn. 05.02.2019 roku

ZAPYTANIE OFERTOWE nr 3/9.2.2/2019

na świadczenie usług pielęgniarских - w ramach pielęgniarской opieki długoterminowej

ZAMAWIAJĄCY:

TWOJA KLINIKA Sp. z o.o.
ul. Sienkiewicza 87, 95-060 Brzeziny

W związku z realizacją projektu „Opieka medyczo-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 TWOJA KLINIKA Sp. z o.o. zaprasza podmioty zainteresowane wykonaniem zadania: świadczenie usług pielęgniarских - w ramach pielęgniarской opieki długoterminowej domowej dla 3 uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w programie.

Projekt „Opieka medyczo-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego” skierowany jest do osób niesamodzielnych, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność, wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, a także otoczenia osób niesamodzielnych w szczególności opiekunów faktycznych oraz rodziny osób niesamodzielnych.

Ilekcroć w niniejszym zapytaniu ofertowym lub załącznikach jest mowa o Oferencie bądź Wykonawcy, należy pod tym pojęciem rozumieć podmiot, do którego zostało skierowane niniejsze zapytanie lub który złoży ofertę w odpowiedzi na niniejsze zapytanie ofertowe.

I. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie udzielane jest w trybie postępowania ofertowego (zgodnie z zasadą konkurencyjności określoną w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 -2020”).

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 1) Przedmiotem zamówienia jest świadczenie długoterminowej opieki pielęgniarской w warunkach domowych. Wsparciem pielęgniarским zostanie objętych 3



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

uczestników/uczestniczek mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego tj. powiatu brzezińskiego w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, którzy otrzymali 60 punktów w skali Barthel lub mniej. Zadanie będzie realizowane od marca 2019 roku do 30 czerwca 2020 roku. Na każdego uczestnika/uczestniczkę objętego/ą działaniami przypadają powinny co najmniej 4 spotkania w tygodniu.

- 2) **Do zadań pielęgniarki/pielęgniarsza opieki długoterminowej domowej należeć będzie:**
- a) ustalenie z pacjentem lub jego opiekunem faktycznym i jego rodziną planu opieki w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne.
 - b) wykonywanie czynności zgodnych z planem opieki danego pacjenta (Wykaz świadczeń zdrowotnych i czynności pielęgniarstwa realizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej musi być zgodny z załącznikiem nr 1 do uchwały nr 103/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia katalogu świadczeń zdrowotnych i czynności pielęgniarstwa i położniczych realizowanych przez pielęgniarkę/położną poz.)
 - c) prowadzenie karty wizyt.
 - d) prowadzenie odpowiedniej dokumentacji medycznej.
 - e) edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz członków rodziny.
 - f) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym.
 - g) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.
 - h) prowadzenie sprawozdań wymaganych dla monitorowania projektu.

Świadczenia, o których mowa powyżej, będą udzielane poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 20:00.

Dostępność pielęgniarki w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy zapewniana jest tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach.

- 3) Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
- 4) Zamawiający zastrzega sobie prawo przyznania oferentom niższych limitów Pacjentów, a także:
 - możliwość późniejszej ich redukcji, w przypadku braku wystarczającej zgłaszalności się pacjentów do uczestnictwa w Programie,
 - możliwość późniejszego zwiększenia limitu Pacjentów, za zgodą Wykonawcy, a tym samym Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmniejszenia bądź zwiększenia ilości przedmiotu zamówienia (przy czym w wysokości nieprzekraczającej 50% wartości zamówienia określonej w umowie zawartej z wykonawcą) w trakcie realizacji przedmiotu umowy, co nie jest odstąpieniem od umowy. W przypadku zmiany ilości



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

przedmiotu zamówienia, oferowana cena jednostkowa brutto usługi nie może ulec zmianie.

III. KOD CPV **85000000-9** - Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej

IV. WYMAGANIA

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

- 1) posiadają odpowiednie wykształcenie uprawniające do pracy na stanowisku objętym zapytaniem, tj.:

Zawód: pielęgniarka/pielęgniarski (tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka) z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub pielęgniarstwa zachowawczego, lub pielęgniarstwa rodzinnego, lub pielęgniarstwa środowiskowego, lub pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub pielęgniarstwa pediatrycznego, lub pielęgniarstwa geriatrycznego, lub pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów.

- 2) posiadają aktualne prawo wykonywania zawodu,

a ponadto wymagane jest, aby Oferenci:

- 3) posługiwali się tytułem starszej pielęgniarki w rozumieniu treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, tj.:
 - w przypadku posiadania tytułu magistra na kierunku pielęgniarstwo, wymagane jest roczne doświadczenie zawodowe,
 - w przypadku posiadania tytułu zawodowego magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i tytułu licencjata pielęgniarstwa lub średniego wykształcenia medyczne w zawodzie pielęgniarka, wymagane jest roczne doświadczenie zawodowe,
 - w przypadku posiadania tytułu licencjata pielęgniarstwa, wymagane jest 3-letnie doświadczenie zawodowe,
 - w przypadku posiadania średniego wykształcenia medycznego w zawodzie pielęgniarka, wymagane jest 5-letnie doświadczenie zawodowe.
- 4) posiadali pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystali z pełni praw publicznych,



- 5) są osobami fizycznymi lub osobami samozatrudnionymi tzn. osobami fizycznymi prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą, przy czym zaznacza się, że wykonawca będzie świadczył w projekcie usługi osobiście,
- 6) w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą zaznacza się, że w stosunku do firmy: nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości, nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia,
- 7) nie są powiązani 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 związanych 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.

V. INFORMACJA O DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY CELEM POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

- a) Kopia dyplomu potwierdzającego posiadanie odpowiedniego wykształcenia, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
- b) Kopie dokumentów przedstawiające staż zawodowy i doświadczenie, potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
- c) Wypełniony formularz Oferty (załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego).
- d) Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego).
- e) Oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 3 do niniejszego zapytania ofertowego).
- f) W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu oraz o braku innych podstaw do wykluczenia z udziału w postępowaniu (załącznik nr 4).

Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

Niezłożenie wyżej wymienionych dokumentów będzie skutkowało odrzuceniem Oferty Wykonawcy.

VI. TERMIN REALIZACJI UMOWY

Zamówienie będzie realizowane od **marca 2019 r. do 30 czerwca 2020 r.**

VII. KRYTERIA OCENY

Jako kryterium wyboru oferty przyjmuje się w niniejszym postępowaniu najkorzystniejszy bilans punktów przyznanych w oparciu o poniższe kryterium:

Kryterium	Waga	Maksymalna ilość punktów jakie może otrzymać oferta za dane kryterium
Cena za 1 h świadczenia usług pielęgniarских (wartość brutto)	100%	100 punktów

Cena brutto Oferty za realizację przedmiotu zamówienia powinna zawierać koszt dojazdu do Uczestnika projektu a także wszystkie koszty, jakie będzie musiał ponieść Zamawiający z uwzględnieniem m.in. podatku od towaru i usług (VAT), czy składek na ubezpieczenia społeczne.

Punkty będą liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Punkty za kryterium „Cena za 1 h świadczenia usług pielęgniarских” zostaną obliczone według wzoru:

$$\frac{\text{Cena brutto oferty najtańszej}}{\text{Cena brutto oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt.} = \text{liczba punktów w danym kryterium}$$

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów zgodnie z podanym wyżej kryterium, zgodnie ze wzorem: punkty za kryterium „cena za 1 h świadczenia usług pielęgniarских”. Ze względu na liczbę uczestników/uczestniczek planowanych do objęcia działaniami założonymi w projekcie Zamawiający nie dopuszcza możliwość dzielenia zamówienia, tzn. powierzenia usługi kilku Wykonawcom. Oferenci, którzy przedłożą ważne oferty, które zostaną uznane za najkorzystniejsze, będą przesłanką do wezwania osób objętych ofertą do podpisania umowy.



VIII. ISTOTNE WARUNKI ZMIANY UMOWY

Zamawiający przewiduje możliwość dokonywania istotnych zmian postanowień umowy w zakresie:

- a) terminu realizacji umowy;
- b) harmonogramu realizacji umowy;
- c) ostatecznej liczby uczestników Projektu w ramach umowy;
- d) zasad płatności (Zamawiający informuje, że termin płatności wynagrodzenia Wykonawcy uzależniony jest od terminu wpłynięcia na konto Zamawiającego środków przeznaczonych na pokrycie wydatków związanych realizacją projektu na etapie, w którym uczestniczył w nim Wykonawca i może ulegać opóźnieniom);

Wskazane powyżej istotne zmiany postanowień umowy zostaną wprowadzone do umowy pod warunkiem wystąpienia w toku realizacji Projektu okoliczności uzasadniających wprowadzenie zmian w celu należytej realizacji Projektu. Zmiany zostaną wprowadzone w drodze aneksu do umowy bądź zmiany załączników do umowy, wyłącznie w formie pisemnej.

IX. SPOSÓB SPORZĄDZENIA OFERTY

- 1) Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.
- 2) Do oferty powinny być dołączone podpisane dokumenty wymienione w punkcie V niniejszego zapytania.
- 3) Cena jednostkowa brutto powinna być podana na formularzu stanowiącym załącznik
- 4) Oferent proponując cenę Oferty powinien wziąć pod uwagę wszelkie koszty, które mogą powstać w ramach zamówienia. Zamawiający nie będzie zwracał Oferentowi, jakichkolwiek zwiększonych kosztów wykonania przedmiotu umowy.
- 5) Wszelkie rozliczenia między Zamawiającym a Oferentem dokonywane będą w złotych polskich (PLN).
- 2) Ofertę wraz z pozostałymi dokumentami należy złożyć w nieprzezroczystej, zabezpieczonej przed otwarciem kopercie. Kopertę należy opatrzyć opisem: „Świadczenie usług pielęgniarских - w ramach pielęgniarской opieki długoterminowej w ramach projektu pod nazwą: „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow.brzezińskiego”, Zapytanie ofertowe nr 3/9.2.2/2019”

Każdy Wykonawca może przedstawić tylko jedną ofertę. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia zamówienia podwykonawcom.

X. TERMIN ORAZ MIEJSCE SKŁADANIA OFERT



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

- 1) Formularz Oferty wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami, podpisany przez uprawnioną osobę, powinien zostać dostarczony w nieprzezroczystej kopercie, zaklejonej w sposób zapewniający bezpieczeństwo i poufność:
 - a. osobiście do Biura Projektu:

ul. Sienkiewicza 87
95-060 Brzeziny, bądź
 - b. pocztą na adres siedziby Zamawiającego, wskazany w pkt.a. powyżej,
 - c. e-mailem na adres veronika@bremed.com.pl,

w terminie do dnia 21 lutego 2019 r. do godz 10.00.
- 3) Termin uważa się za zachowany w przypadku doręczenia dokumentacji Oferty w ww. terminie, w jeden ze sposobów opisanych w pkt a-c powyżej. Oferty doręczone Zamawiającemu po upływie ww. terminu Zamawiający pozostawi bez rozpatrzenia.
- 4) Kopertę, w której doręczona zostanie Oferta należy opatrzyć opisem: „Świadczenie usług pielęgniarских - w ramach pielęgniarской opieki długoterminowej w ramach projektu pod nazwą: „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow.brzezińskiego” , Zapytanie ofertowe nr 3/9.2.2/2019”.
- 5) Każdy z Oferentów składa jedną ofertę według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do zapytania ofertowego.

XI. OSOBA DO KONTAKTU

Osobą wyznaczoną do kontaktu jest Weronika Piskała , e-mail: veronika@bremed.com.pl,
tel. 600 80 43 44



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

Załącznik nr 1

Nazwa (imię i nazwisko).....
 Adres
 Tel
 NIP (jeśli dotyczy)
 Regon (jeśli dotyczy)
 KRS CEiDG PESEL

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisana/y:

działając w imieniu i na rzecz.....
 (nazwa i adres praktyki lub imię i nazwisko)

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 3/9.2.2/2019 na **świadczenie usług pielęgniarских - w ramach pielęgniarской opieki długoterminowej** w ramach projektu pod nazwą: „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego, składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cena za 1 godz. świadczenia usług pielęgniarскихzł brutto

Oferowane zaangażowanie - należy określić liczbę Pacjentów (od 1 do 3), jaką Wykonawca obejmie opieką w okresie realizacji umowy:

Wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkiej korespondencji związanej z postępowaniem ofertowym na adres e-mail zobowiązując się do jej odbierania.

.....
 (miejsowość, data)

.....
 (podpis Oferenta lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/y:

działając w imieniu i na rzecz.....

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 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 (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.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Oferenta lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji)

* niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y:
działając w imieniu i na rzecz.....

wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w związku ze złożeniem Oferty w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 3/9.2.2/2019 na świadczenie usług pielęgniarских - w ramach pielęgniarской opieki długoterminowej w ramach projektu pod nazwą: „**Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego**”, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014- 2020 (zgodnie z Ustawą z 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883 i Wytocznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Oferenta lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ O BRAKU INNYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej zamówieniem.
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
3. Posiadam zdolność finansową do realizacji przedmiotu zamówienia.
4. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.
5. Posiadam obywatelstwo polskie.
6. Posiadam aktualne prawo do wykonywania zawodu.

Ponadto oświadczam, że:

1. W stosunku do firmy.....nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości.
2. Firmanie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.
3. Firma..... nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Oferenta lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji)