

Brzeziny, dn. 05.09.2018 roku

**ZAPYTANIE OFERTOWE nr 02/9.2.2/2018  
na świadczenie usług fizjoterapii domowej**

**ZAMAWIAJĄCY:**

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

W związku z realizacją projektu „Opieka medyczno-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 fizjoterapii domowej dla 12 uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w programie.

Projekt „Opieka medyczno-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.

Ilekoć 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 fizjoterapii domowej, dla pacjentów uczestniczących w projekcie. Wsparciem fizjoterapeutycznym zostanie objętych 12 uczestników/uczestniczek mieszkańców powiatu brzezińskiego, którzy według skali Barthel otrzymali 60 punktów lub mniej. Zadanie będzie realizowane od września 2018 roku do 30 czerwca 2020 roku. Na każdego uczestnika/uczestniczkę objętych działaniami przypadać powinny średnio 2 spotkania z fizjoterapeutą w tygodniu, które będą trwały po co najmniej 45min każde.
- 2) **Do zadań fizjoterapeuty należało będzie:**
  - a) ustalenie z pacjentem lub jego opiekunem faktycznym i jego rodziną planu usprawniania w oparciu o rozpoznane problemy zdrowotne i stosownie do zaleceń wydanych przez lekarza;
  - b) wykonywanie czynności zgodnych z planem usprawniania stosownie do wytycznych NFZ, a w szczególności: wykonywanie zabiegów masażu, wykonywanie zabiegów kinezyterapii, wykonywanie zabiegów laseroterapii, wykonywanie zabiegów elektroterapii, indywidualna praca z pacjentem w domu
  - c) prowadzenie karty wizyt;
  - d) prowadzenie odpowiedniej dokumentacji medycznej, stosownie do wymóg określonych w obowiązujących przepisach prawa;
  - e) edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz członków rodziny,
  - f) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych;
  - g) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu niezbędnego rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu;
  - h) prowadzenie sprawozdań wymaganych dla monitorowania projektu;

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

- 3) Zamawiający może podzielić przedmiot zamówienia pomiędzy co najmniej 2 oferentów, przy założeniu, że na jednego oferenta, przypada sprawowanie opieki nad 6 pacjentami oraz praca w przychodni związana ze sprawozdawczością w ramach Projektu. Zamówienie będzie udzielane do momentu uzyskania deklaracji opieki nad 12 pacjentami, w przypadku pojawienia się ofert deklarujących opiekę nad mniejszą liczbą niż 6 pacjentów. Z wyłonionymi oferentami zostanie zawarta umowa cywilnoprawna.
- 4) Składający ofertę powinien określić w niej liczbę Pacjentów (od 1 do 6 ), jaką deklaruje objąć w okresie realizacji umowy.
- 5) 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,



---

Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

- 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 odstępniem od umowy. W przypadku zmiany ilości 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 się ubiegać Oferenci, którzy:

- 1) ukończyli studia wyższe na kierunku fizjoterapii i posiadają tytuł magistra
- 2) posiadają aktualne prawo wykonywania zawodu,  
**a ponadto wymagane jest, aby Oferenci:**
- 3) posiadali co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe
- 4) posiadali pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystali z pełni praw publicznych,
- 5) byli osobami fizycznymi lub osobami samozatrudnionymi, tzn. osobami fizycznymi prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą, przy czym zaznacza się, że wykonawca będzie świadczył w projekcie usługi osobiście (nie dopuszcza się wykonywania przedmiotu zamówienia przy udziale podwykonawców),
- 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 byli 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.

Projekt „Opieka medyczo-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

## 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, o którym mowa w punkcie 3) powyżej, 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).

Niezłożenie wyżej wymienionych dokumentów będzie skutkowało odrzuceniem oferty Wykonawcy.

## VI. TERMIN REALIZACJI UMOWY

Zamówienie będzie realizowane od **września 2018 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 fizjoterapeutycznych (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



---

Projekt „Opieka medyczo-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

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 z kryterium „Cena 1 godz. świadczenia usług fizjoterapeutycznych ( wartość brutto)” 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 1 godz. świadczenia usług fizjoterapeutycznych ( wartość brutto)”. Ze względu na liczbę uczestników/uczestniczek planowanych do objęcia działaniami fizjoterapeuty, założonymi w projekcie Zamawiający dopuszcza możliwość dzielenia zamówienia, tzn. powierzenia usługi kilku Wykonawcom z najwyższą liczbą uzyskanych punktów w celu zapewnienia płynności realizacji projektu (w zależności od zadeklarowanej maksymalnej liczby pacjentów objętych opieką ). 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.



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

## 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).

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

## X. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

- 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. 1 powyżej,
  - c. e-mailem na adres [veronika@bremed.com.pl](mailto:veronika@bremed.com.pl),  
w terminie do dnia 14 września 2018 r. do godz 16.00.
- 2) 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.
- 3) Kopertę, w której doręczona zostanie Oferta należy opatrzyć opisem: „Świadczenie usług fizjoterapii domowej” w ramach projektu pod nazwą: „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”, Zapytanie ofertowe nr 02/9.2.2/2018”
- 4) 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](mailto: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 01/9.2.2/2018 na **świadczenie usług fizjoterapii domowej** 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 fizjoterapii domowej .....zł brutto

Oferowane zaangażowanie - należy określić liczbę Pacjentów (od 1 do 6 ), 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.

.....  
 (miejsce, 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 02/9.2.2/2018 na świadczenie usług fizjoterapii domowej 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. Firma .....nie 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)