

Brzeziny, dn. 05.09.2018 roku

**ZAPYTANIE OFERTOWE nr 03/9.2.2/2018
w trybie rozeznania rynku**

na świadczenie usług lekarza rehabilitacji

w ramach projektu pod nazwą:

„Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow.brzezińskiego”

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (RPO WŁ 2014-2020) współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi priorytetowej IX: Włączenie społeczne, Działanie IX.2: Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie IX.2.2: Usługi społeczne i zdrowotne - ZIT.

Wstęp

Zamawiający zaprasza do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym w trybie rozeznania rynku, na podstawie obowiązującej u Zamawiającego procedury wyboru wykonawcy w ramach projektów, zgodnie z zasadami określonymi w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 -2020)”. Niniejsze zapytanie ofertowe publikowane jest w ramach rozeznania rynku oraz w celu oszacowania cen rynkowych, w tym kosztów realizacji zamówienia. Rozeznanie rynku ma na celu potwierdzenie, że dana usługa, dostawa lub robota budowlana została wykonana po cenie nie wyższej niż cena rynkowa.

Zamawiający informuje, że przedmiotowe zaproszenie nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 KC ani też nie jest ogłoszeniem o zamówieniu w rozumieniu ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 j.t.), ma ono wyłącznie na celu rozeznanie cenowe rynku wśród osób spełniających wszelkie wymogi określone w treści niniejszego zapytania ofertowego oraz uzyskanie wiedzy na temat szacunkowych kosztów związanych z planowanym zamówieniem, a tym samym Zamawiający może, ale nie musi dokonać wyboru złożonych ofert.

ZAMAWIAJĄCY:

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

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 trybem „ rozeznania rynku”, określonymi 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 wizyt domowych u pacjenta objętego pielęgniarstwą opieką długoterminową w ramach Projektu, który jest osobą niesamodzielną i/lub w chwili zgłoszenia do projektu posiadał ocenę w skali Barthel 60 punktów lub mniej. Wizyty odbywać się będą u pacjentów zamieszkałych na terenie powiatu brzezińskiego.
- 2) Projektem objęte będą jednocześnie 12 osób, u których wizyty odbywać się będą średnio co 2 miesiące. Rozeznanie Rynku obejmuje realizację średnio 12 wizyt domowych w co drugim miesiącu obowiązywania umowy.
- 3) Podczas wizyty domowej lekarz przeprowadza wywiad z pacjentem, zapoznaje się z posiadaną dokumentacją wcześniejszego leczenia, przeprowadza badanie przedmiotowe i podmiotowe, ustala plan rehabilitacji oraz zleca zabiegi, które będą wykonywane przez fizjoterapeutę, sporządza dokumentację medyczną z przeprowadzonej wizyty.
- 4) Lekarz zobowiązany jest do stałej współpracy z koordynatorem merytorycznym projektu, pielęgniarkami opieki długoterminowej oraz fizjoterapeutami.
- 5) Zadanie będzie realizowane od września 2018 roku do 30 czerwca 2020 r..
- 6) Świadczenia, o których mowa powyżej, będą udzielane według harmonogramu ustalonego z Zamawiającym.
- 7) Z wyłonionymi oferentami, w przypadku podjęcia decyzji o wyborze oferty/ofert, zostanie zawarta umowa cywilnoprawna/ umowa o świadczenie usług.
- 8) 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 odstępianiem 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) posiadają odpowiednie wykształcenie uprawniające do pracy na stanowisku lekarza rehabilitacji, przez co rozumie się:
 - ukończenie wyższych studiów medycznych i uzyskanie tytułu lekarza - ukończenie specjalizacji I lub II stopnia z zakresu rehabilitacji medycznej lub posiadanie tytułu specjalisty rehabilitacji medycznej
- 2) posiadają aktualne prawo wykonywania zawodu,
a ponadto wymagane jest, aby Oferenci:
- 3) posiadali pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystali z pełni praw publicznych,
- 4) 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,
- 5) 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,
- 6) 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.

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

Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

- a) Kopia dyplomu potwierdzającego posiadanie odpowiedniego wykształcenia, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
- b) Wypełniony formularz Oferty (załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego).
- c) Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego).
- d) Oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 3 do niniejszego zapytania ofertowego).
- e) 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.

II. TERMIN REALIZACJI UMOWY

Zamówienie będzie realizowane od **września 2018 r. do 30 czerwca 2020 r.**

III. 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 jednej wizyty domowej lekarza rehabilitacji - 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 jednej wizyty domowej lekarza rehabilitacji – wartość brutto” zostaną obliczone według wzoru:

Cena brutto oferty najtańszej

x 100 pkt. = liczba punktów w danym kryterium

Cena brutto oferty badanej

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów zgodnie z podanym wyżej kryterium oceny, zgodnie ze wzorem: punkty za kryterium „Cena jednej wizyty domowej lekarza rehabilitacji – wartość brutto”. 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.

IV. 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.

V. 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.

Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

- 5) Wszelkie rozliczenia między Zamawiającym a Oferentem dokonywane będą w złotych polskich (PLN).
- 6) Ofertę wraz z pozostałymi dokumentami należy złożyć w nieprzezroczystej, zabezpieczonej przed otwarciem kopercie. Kopertę należy opatrzyć opisem: „„Świadczenie usług lekarza rehabilitacji ” w ramach projektu pod nazwą: „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow.brzezińskiego” , Zapytanie ofertowe nr 03/9.2.2/2018”

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

VI. TERMIN ORAZ MIEJSCE 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.a. powyżej,
 - c. e-mailem na adres 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 lekarza rehabilitacji w ramach projektu pod nazwą: „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow.brzezińskiego” , Zapytanie ofertowe nr 03/9.2.2/2018”.
- 2) Każdy z Oferentów składa jedną ofertę według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do zapytania ofertowego.

VII. 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 03/9.2.2/2018 na świadczenie usług lekarza **rehabilitacji** w ramach projektu pod nazwą: „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego, składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cena jednej wizyty domowej lekarza rehabilitacjizł brutto

Wyrażam zgodę na przysyłanie 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.

.....
(miejscowość, 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 03/9.2.2/2018 na świadczenie usług lekarza rehabilitacji 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 Wytycznymi 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)