



PCPR.272.5.2017

Ożarów Mazowiecki, dnia 26.05.2017 r.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Powiecie Warszawskim Zachodnim
ul. Poznańska 131A
05-850 Ożarów Mazowiecki

ROZESZCZANIE RYNKU

Szanowni Państwo,

W związku z realizacją projektu pt.: „Lepsze jutro poprzez aktywność”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego, Oś Priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno – zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim zaprasza do złożenia oferty cenowej na przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych dla 13 osób z niepełnosprawnościami w miejscu zamieszkania (teren Powiatu Warszawskiego Zachodniego).

Zamówienie będzie udzielone na podstawie art. 4 pkt 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku *Prawo zamówień publicznych* (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.)

CPV: 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne

1. Opis przedmiotu zamówienia:

Zabiegi będą przeprowadzane dla 13 osób z niepełnosprawnościami ruchowymi, z umiarkowanym lub ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Zakres zabiegów rehabilitacyjnych: masaż, ćwiczenia czynne, ćwiczenia bierne, ćwiczenia w odciążeniu, ćwiczenia z obciążeniem.

Rodzaje wykonywanych zabiegów rehabilitacyjnych będą odpowiadały potrzebom poszczególnych osób, zgodnie z indywidualnym zaleceniem lekarza prowadzącego osobę niepełnosprawną.

Czas trwania zabiegów rehabilitacyjnych dla każdej osoby wynosi 20 godzin zegarowych (10 spotkań po 2 godziny zegarowe). Łącznie dla 13 osób planowane jest przeprowadzenie 260 godzin zegarowych rehabilitacji.



Wymagane jest aby zabiegi były prowadzone w trybie ciągłym, nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu. Dodatkowo wymagane jest, aby każdy uczestnik projektu był rehabilitowany przez tą samą osobę, przez cały okres objęty usługą.

Dokładne daty i godziny zajęć Wykonawca ustali w porozumieniu z poszczególnymi uczestnikami projektu.

Zabiegi rehabilitacyjne będące przedmiotem usługi muszą zostać przeprowadzone najpóźniej do dnia 31.10.2017 r.

Wymagane jest aby zabiegi rehabilitacyjne były prowadzone przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje z zakresu fizjoterapii lub rehabilitacji.

Zamawiający dopuszcza możliwość dokonania przez Wykonawcę zmiany osób uczestniczących w realizacji zamówienia w stosunku do treści oferty, wyłącznie na podstawie uprzedniej, pisemnej zgody Zamawiającego i pod warunkiem, że osoby zastępujące będą spełniały określone wymagania tj. będą posiadały wykształcenie wyższe na kierunku fizjoterapia lub rehabilitacja oraz będą posiadały minimum 3 letnie doświadczenie zawodowe.

Wykonawca będzie ponosił wszelkie koszty związane z dojazdem do miejsca zamieszkania danego uczestnika projektu oraz będzie zobowiązany do zapewnienia niezbędnych sprzętów do prawidłowego i efektywnego prowadzenia rehabilitacji.

Wykonawca będzie zobowiązany do prowadzenia indywidualnej karty rehabilitacji dla każdego uczestnika projektu zawierającej: imię i nazwisko rehabilitanta, imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej oraz jej opiekuna (jeżeli dotyczy), datę rozpoczęcia i zakończenia rehabilitacji, datę wykonania i rodzaj przeprowadzonych zabiegów, podpis rehabilitanta oraz podpis osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna (wzór karty zostanie przekazany przez PCPR).

Kartę rehabilitacji należy wypełniać każdorazowo po przeprowadzeniu danego zabiegu rehabilitacyjnego.

Wykonawca będzie zobowiązany do przedłożenia kart rehabilitacji wraz z fakturą/ rachunkiem rozliczającym usługę. Karty rehabilitacji będą podstawą do potwierdzenia prawidłowości i kompletności przeprowadzonych usług.

Wykonawca będzie zobowiązany do powiadomienia Zamawiającego o każdym przypadku przerwania zabiegów rehabilitacyjnych przez uczestnika projektu.

2. Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do dnia 31.10.2017 r.



3. Wymagania dotyczące Wykonawcy

Wykonawca musi posiadać uprawnienia do wykonywania działalności będącej przedmiotem zamówienia.

Wykonawca musi dysponować minimum 2 osobami posiadającymi odpowiednie kwalifikacje niezbędne do wykonania zamówienia, tj. wykształcenie wyższe na kierunku fizjoterapia lub rehabilitacja i minimum 3 letnie doświadczenie zawodowe. Za doświadczenie zawodowe uznane zostanie doświadczenie zdobyte od momentu ukończenia studiów wyższych, przy czym w przypadku studiów dwustopniowych, doświadczenie zawodowe zdobyte w momencie ukończenia studiów pierwszego stopnia będzie uznane za spełniające przedmiotowy warunek.

4. Kryteria wyboru ofert:

Cena brutto: waga kryterium 100% - maksymalnie 100 punktów.

Punkty będą liczone wg wzoru:

$$\text{Cof} = \frac{\text{najniższa cena oferty}}{\text{cena oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt}$$

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z największą liczbą punktów.

5. Oferta Wykonawcy powinna zawierać:

- a) formularz ofertowy,
- b) kopię uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania
- c) wykaz osób które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia (załącznik nr 1 do formularza ofertowego)

6. Ceny podane w ofercie winny być wyrażone cyfrą i słownie

7. Cena powinna obejmować całość zamówienia

8. Ofertę można złożyć:

- a) w siedzibie Zamawiającego w Ożarowie Mazowieckim: ul. Poznańska 131A, 05-850 Ożarów Mazowiecki, pok. 214,
- b) faksem na numer (22) 733 72 51,
- c) drogą mailową na adres: dorota.ociesa@pwz.pl w terminie do dnia **02.06.2017 r.**

Sposób przygotowania oferty:

- Ofertę należy złożyć na załączonym formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik nr 1 do rozeznania rynku.



- Oferta powinna być sporządzona czytelnie, w języku polskim oraz podpisana przez osobę/y upoważnioną/ne.
- Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.

Oferty złożone po tym terminie nie będą rozpatrywane.

9. Na kopercie/w treści faksu lub e-maila należy umieścić nazwę i adres zamawiającego, nazwę i adres Wykonawcy oraz napis: „Oferta na przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych dla 13 osób z niepełnosprawnościami w miejscu zamieszkania (teren Powiatu Warszawskiego Zachodniego)”.

10. Ofertę należy przekazać w terminie do dnia: 02.06.2017 r.

11. Osobą uprawnioną do kontaktów z Wykonawcami jest:

Pani Dorota Ociesa, tel. (22) 733 72 59, email: dorota.ociesa@pwz.pl

12. Warunki płatności:

Wynagrodzenie będzie płatne po wykonaniu usługi, przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie 14 dni od dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury Zamawiającemu. Podstawą do wystawienia przez Wykonawcę faktury będzie protokół odbioru usługi podpisany przez Zamawiającego i Wykonawcę.

Zamawiający zastrzega sobie prawo zmniejszenia lub zwiększenia liczby osób w przypadku, gdy wystąpi okoliczność, że niemożliwym lub koniecznym stanie się przeprowadzenie kursu dla mniejszej lub większej liczby osób niż pierwotnie wskazano.

W przypadku zmiany liczby osób uczestniczących w kursie, Zamawiający dokona zapłaty Wykonawcy za faktyczną liczbę uczestników.

Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim do zawarcia umowy. Zamawiający zastrzega możliwość zakończenia postępowania bez wyboru oferty i podpisania umowy.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie


Barbara Gębala

.....
(podpis Dyrektora PCPR)



OFERTA WYKONAWCY

Zamawiający:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Powiecie Warszawskim Zachodnim
ul. Poznańska 131A
05-850 Ożarów Mazowiecki
Faks: 22 733 72 51

Wykonawca:

Nazwa (firma).....
Siedziba.....
Nr. telefonu/ nr faksu.....
Adres.....
Nr NIP.....

W odpowiedzi na zaproszenie do udziału w rozpoznaniu rynku dotyczącym: oferty cenowej na przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych dla 13 osób z niepełnosprawnościami, w miejscu zamieszkania (teren Powiatu Warszawskiego Zachodniego), będących uczestnikami projektu pt. „Lepsze jutro poprzez aktywność”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego, składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Czynność	Liczba osób	Cena jednostkowa netto (zł)	Cena jednostkowa brutto (zł)	Cena całkowita brutto (zł)
A	B	C	D	E
Przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych w domu uczestników projektu pt. „Lepsze jutro poprzez aktywność”	13			

Cena całkowita netto: zł
(słownie:zł)
Podatek VAT%, zł,
(słownie:zł)
Cena całkowita brutto: zł
(słownie: zł)



2. Cena oferty zawiera wszystkie koszty niezbędne dla realizacji zamówienia.
3. Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia w terminie do dnia 31.10.2017 r.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że posiadam sprzęt umożliwiający przeprowadzanie zabiegów rehabilitacyjnych będących przedmiotem zamówienia
6. Oświadczam, że dysponuję osobami posiadającymi odpowiednie kwalifikacje niezbędne do wykonania zamówienia, zgodnie z wymogami określonymi w punkcie 3 rozeznania rynku „Wymagania dotyczące Wykonawcy”
7. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia na okres
8. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności w rozliczeniach z Zamawiającym.
9. Do oferty załączam następujące dokumenty stanowiące integralną część oferty:
 - 1) Wykaz osób, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia
 - 2)
 - 3)

(Data, miejscowość)

Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy



Załącznik nr 1 do Oferty Wykonawcy

pieczęć Wykonawcy

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji niezbędnych do wykonania zamówienia, wypełniony zgodnie z warunkiem opisanym w rozdziale 3 „Wymagania dotyczące Wykonawcy”

Lp.	Imię i nazwisko rehabilitanta	Posiadane wykształcenie (nazwa uczelni, kierunek, tytuł naukowy oraz rok ukończenia studiów)*	Opis dotychczasowego doświadczenia zawodowego (w tym: miejsce zatrudnienia, okres zatrudnienia podany w formacie: od dd/mm/rrrr do dd/mm/rrrr, zakres wykonywanych obowiązków)
1.	2.	3.	4.
1.			
2.			
n			
...			

* na potwierdzenie posiadanego wykształcenia należy załączyć kopię dyplomu ukończenia studiów wyższych

(Data, miejscowość)

Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy