



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
W POWIECIE WARSZAWSKIM ZACHODNIM
UL. POZNAŃSKA 131 A
05 – 850 OŻARÓW MAZOWIECKI
TEL/FAX 22 733 72 53

PCPR.272.8.2019

Ożarów Mazowiecki, dnia 15 maja 2019 r.

Zamawiający:

Powiat Warszawski Zachodni

ul. Poznańska 129/133

05-850 Ożarów Mazowiecki

reprezentowany przez:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Powiecie Warszawskim Zachodnim

ul. Poznańska 131A

05-850 Ożarów Mazowiecki

Rozeznanie rynku

Szanowni Państwo,

Na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.) **zapraszamy do składania ofert na usługę polegającą na przeprowadzeniu konsultacji psychiatrycznych dla dzieci z rodzin zastępczych Powiatu Warszawskiego Zachodniego**, w ramach Programu Ośłonowego „Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie” pod tytułem: **Stabilna rodzina – bezpieczne dziecko** współfinansowany ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Kod CPV:

1. **85312320-8 - usługi doradztwa**
2. **85121270-6 - usługi psychiatryczne lub psychologiczne**

1. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiot zamówienia obejmuje czynności polegające na przeprowadzeniu **konsultacji psychiatrycznych dla dzieci z rodzin zastępczych Powiatu Warszawskiego Zachodniego**, w obszarze: **doświadczenia przez dziecko stresu pourazowego, zaburzeń emocjonalnych, lękowych, depresyjnych, przemocy skutkującej zaburzeniami psychicznymi**. Dla dzieci między innymi z zaburzeniami rozwoju typu: **Zespół Aspergera, FAS, ADHD, autyzm, niepełnosprawność intelektualna**. Konsultacje będą prowadzona w formie indywidualnych spotkań. Liczba godzin przeprowadzonej konsultacji: łącznie 30 godzin zegarowych (3,50 – 4,00 godziny zegarowej w miesiącu), których zrealizowanie musi zostać rozliczone, każdego miesiąca, w postaci przygotowanego przez Wykonawcę formularza zawierającego datę, liczbę godzin, imię i nazwisko oraz podpis osoby, która skorzystała z konsultacji psychiatrycznych.

2. Termin realizacji zamówienia

Termin realizacji zamówienia: od miesiąca maja 2019 r. do miesiąca grudnia 2019 r. – Wykonawca zobowiązuje się ustalając terminy przeprowadzenia konsultacji reagować na zapotrzebowanie Zamawiającego.

3. Miejsce realizacji zamówienia

Siedziba Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim, tj. w Ożarowie Mazowieckim ul. Poznańska 131 A lub każde inne miejsce, wskazane przez Zamawiającego, na terenie Powiatu Warszawskiego Zachodniego.

4. Kryteria oceny ofert:

Punkty będą liczone wg wzoru:

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

Za najkorzystniejszą ofertę uznana zostanie oferta z największą liczbą punktów. Punkty będą liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

5. Warunki udziału w postępowaniu:

- a. Przygotowanie oferty zgodnie z Załącznikiem nr 1 do rozeznania rynku.
- b. Oferta powinna być sporządzona czytelnie, w języku polskim oraz podpisana przez osobę upoważnioną.
- c. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
- d. W postępowaniu mogą brać udział Wykonawcy, którzy posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności. Zamawiający uzna warunek posiadania wiedzy i doświadczenia za spełniony na podstawie Załącznika nr 1 do oferty Wykonawcy.
- e. Posiadać ukończone **studia wyższe medyczne oraz specjalizację z zakresu psychiatrii – mile widziane doświadczenie w pracy z dziećmi.**
- f. Pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystanie z pełni praw, niekaralność za przestępstwa popełnione umyślnie. Zamawiający uzna warunek za spełniony na podstawie Załącznika nr 2 do oferty Wykonawcy.

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

7. Cena powinna obejmować całość zamówienia.

8. Ofertę należy złożyć:

- drogą elektroniczną: pcpr@pwz.pl w temacie wiadomości wpisując „Konsultacje psychiatryczne”
lub
- za pomocą poczty na adres:
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim
ul. Poznańska 131A
05-850 Ożarów Mazowiecki
w zaklejonej kopercie opatrzonej napisem „Konsultacje psychiatryczne”,
lub
- osobiście w pokoju nr 222, w zaklejonej kopercie opatrzonej napisem „Konsultacje psychiatryczne”.

Ofertę należy przekazać w terminie do dnia 23 maja 2019 r., godz. 13:00.

Liczy się termin wpływu oferty do Siedziby Zamawiającego.

Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

9. Osobą uprawnioną do kontaktów z Wykonawcami jest:

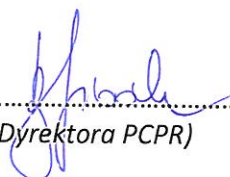
Pani Grażyna Staniszevska, tel. (22) 733 72 57 lub (22) 733 72 50,
email: grazyna.staniszevska@pwz.pl

10. 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 podpisany przez Zamawiającego i Wykonawcę oraz comiesięczne potwierdzenie realizacji godzinowej usługi. Możliwe będą, po uzgodnieniu stron, inne warunki płatności, jeśli będą one zgodne lub wymagane przez przepisy obowiązującego prawa.

Niniejsze rozeznanie rynku 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.


.....
(podpis Dyrektora PCPR)

Do rozeznania rynku należą załączniki:

Załącznik nr 1 - Oferta wykonawcy

....., dnia

OFERTA WYKONAWCY

Zamawiający:

Powiat Warszawski Zachodni

ul. Poznańska 129/133

05-850 Ożarów Mazowiecki

reprezentowany przez:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**w Powiecie Warszawskim Zachodnim**

ul. Poznańska 131A

05-850 Ożarów Mazowiecki

Wykonawca:

Nazwa (firma).....

Siedziba.....

Nr. telefonu/ mail

Adres.....

Nr NIP.....

W odpowiedzi na zaproszenie do udziału w rozeznaniu rynku dotyczącym przeprowadzenia **usługi polegającej na przeprowadzeniu konsultacji psychiatrycznych dla dzieci z rodzin zastępczych Powiatu Warszawskiego Zachodniego, w obszarze: doświadczania przez dziecko stresu pourazowego, zaburzeń emocjonalnych, lękowych, depresyjnych, przemocy skutkującej zaburzeniami psychicznymi. Dla dzieci między innymi z zaburzeniami rozwoju typu: Zespół Aspergera, FAS, ADHD, autyzm, niepełnosprawność intelektualna, w ramach Programu Ośłonowego „Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie” pod tytułem: Stabilna rodzina – bezpieczne dziecko współfinansowany ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,** składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:
Brutto: zł
(słownie: zł)
2. Cena oferty zawiera wszystkie koszty niezbędne dla realizacji zamówienia.
3. Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia w terminie
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia na okres -
6. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności w rozliczeniach z Zamawiającym.
7. Do oferty załączam następujące dokumenty stanowiące integralną część oferty:
 - 1) Załącznik nr 1 do oferty wykonawcy – Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.
 - 2) Załącznik nr 2 do oferty wykonawcy - Oświadczenie o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślnie przestępstwo skarbowe oraz o korzystaniu z pełni praw publicznych i posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych
 - 3)

_____, dn. _____

(Podpis i pieczęć Wykonawcy)

pieczęć Wykonawcy

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

W odpowiedzi na rozeznanie rynku dotyczące **przeprowadzenia konsultacji psychiatrycznych dla dzieci z rodzin zastępczych w obszarze: doświadczania przez dziecko stresu pourazowego, zaburzeń emocjonalnych, lękowych, depresyjnych, przemocy skutkującej zaburzeniami psychicznymi, z zaburzeniami rozwoju typu: Zespół Aspergera, FAS, ADHD, autyzm, niepełnosprawność intelektualna lub podobnych**, w ramach Programu Ostonowego „Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie” pod tytułem: Stabilna rodzina – bezpieczne dziecko współfinansowanego ze środków Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, oświadczam, że:

1. Posiadam niezbędne uprawnienia do wykonania przedmiotowego zamówienia
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie
3. Dysponuję niezbędnym potencjałem technicznym do wykonania przedmiotu zamówienia
4. Dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
5. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na wykonanie zamówienia.

(Data, miejscowość)

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Czytelny podpis Wykonawcy
Barbara Gębala

Załącznik nr 2 do Oferty Wykonawcy

Oświadczenie o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz o korzystaniu z pełni praw publicznych i posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych

.....
(miejsowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....

.....
(numer PESEL)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.
2. Korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego - „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” – (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 ze zm.)

.....
(czytelny podpis)