



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



ZAPYTANIE OFERTOWE nr OPS.252.9.2017.P.7.6

Niniejsze postępowanie prowadzone jest zgodnie z zasadą rozeznania rynku określoną w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020” z dnia 19 lipca 2017 r., Rozdział 6. Wspólne warunki i procedury w zakresie kwalifikowalności wydatków, Podrozdział 6.5.1

W związku z przystąpieniem od 1 stycznia 2018 roku przez Gminę Chojna/realizator Ośrodek Pomocy Społecznej w Chojnie do realizacji projektu pn „Zwiększamy dostępność usług społecznych w Gminie Chojna” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 ; oś priorytetowa VII Włączenie społeczne ; działanie 7.6, zwracamy się z zapytaniem ofertowym na:

I.PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

- **Świadczenie usług rehabilitacji** dla 8 uczestników projektu w miejscu zamieszkania, w okresie od stycznia 2018 roku do 31 grudnia 2019 roku, zgodnie z indywidualnym zapotrzebowaniem i stanem zdrowia.
- **Kod CPV – 85312500-4** (Usługi rehabilitacyjne)

II.WYMAGANIA NIEZBĘDNE

- posiadanie dyplomu ukończenia studiów wyższych o kierunku rehabilitacja lub studia magisterskie o kierunku fizjoterapia,
- posiadanie udokumentowanego 5 – letnim stażem pracy rehabilitanta/fizjoterapeuty,
- stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie w charakterze rehabilitanta/fizjoterapeuty.

III. WYMAGANIA DODATKOWE:

- umiejętności interpersonalne, zdolności organizacyjne,
- umiejętności nawiązywania kontaktu z pacjentami,
- sumienność, samodzielność, odpowiedzialność, dyspozycyjność,
- dobra organizacja pracy własnej,
- cierpliwość, podzielność uwagi, konsekwencja, wrażliwość, kultura osobista a także chęć pomocy innym.
- mieć widziane prawo jazdy kat. B oraz własny samochód co ułatwi dotarcie do odbiorców wsparcia, dojazd stanowi koszt własny

IV.WYMAGANE DOKUMENTY I OŚWIADCZENIA:

- dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje zawodowe kandydata/kandydatki oraz doświadczenie zawodowe,
- list motywacyjny,
- CV,
- załączenie oferty cenowej wg załącznika Nr 1,

- oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych o treści:

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie wykonania zlecenia dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. 2016, poz. 922 ze zm.)” – załącznik Nr 1

- oświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym na zatrudnienie,

V. ZAKRES WYKONYWANYCH ZADAŃ:

- świadczenie usług rehabilitacji dla 8 uczestników projektu, w miejscu ich zamieszkania,
- czas trwania wsparcia dla jednego uczestnika/uczestniczki to po 2 godziny/tydzień/8 osób, łącznie 16 godzin rehabilitacji tygodniowo.

VI. ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY:

- wykonawca zapewnia sprzęt niezbędny do przeprowadzenia usługi,
- prowadzenie listy obecności, godzin udzielonego wsparcia,
- kontrolka czasu pracy podpisana przez uczestnika/czkę,
- sporządzanie sprawozdań okresowych z udzielonego wsparcia zleconych przez koordynatora projektu,
- przekazanie do OPS w Chojnie wszystkich dokumentów oznakowanych zgodnie z wytycznymi dotyczącymi oznakowania projektów w ramach RPO WZ na lata 2014-2020, które również powinny zawierać informacje, że projekt jest współfinansowany przez UE ze środków EFS w ramach RPO WZ 2014-2020.
- Wykonawca zobowiązany jest zapoznania się i przestrzegania Zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasada równości szans kobiet i mężczyzn w projektach współfinansowanych ze środków EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, w trakcie realizacji usług w ramach projektu,
- Wykonawca zobowiązany jest do przestrzegania limitu 276 godzin miesięcznie łącznego zaangażowania zawodowego w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie i innych podmiotów w całym okresie trwania/wykonywania przedmiotu zamówienia, w przypadku przekroczenia limitu 276 godzin miesięcznego zaangażowania zawodowego wykonawca poinformuje niezwłocznie koordynatora projektu.

VII. WYKLUCZENIA

- Z możliwości realizacji zamówienia wyłącza się podmioty i osoby, które powiązane są z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo, w szczególności poprzez:
 - uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
 - posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
 - pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
 - pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
- Wykonawca zobowiązany jest do dołączenia do oferty oświadczenia o braku ww. powiązań zgodnie z załącznikiem nr 3.

VIII. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

- rozpoczęcie usług rehabilitacji – styczeń 2018 rok
- zakończenie usług rehabilitacji – grudzień 2019 rok

IX. MIEJSCE I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY:

Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim w zamkniętej kopercie z dopiskiem „Zajęcia z fizjoterapeutą w domu osoby podopiecznej dla uczestników projektu pn: **Zwiększamy dostępność usług społecznych w Gminie Chojna**” należy :

- złożyć osobiście w Ośrodku Pomocy Społecznej w Chojnie, ul. Jagiellońska 2, 74 – 500 Chojna, lub
- przesać na adres: Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Jagiellońska 2, 74-500 Chojna (decyduje data wpływu do OPS)

W terminie do dnia 02.01.2018 r do godz. 15.00

X.KRYTERIUM WYBORU OFERTY:

- cena (C) – waga 90
- doświadczenie (D) – waga 10

Podana cena ma być ceną za godzinę zegarową świadczenia usługi

Sposób wyliczenia punktacji:

$C = (C_{min} / C_{of}) \times 90$ gdzie: C_{min} – najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert, C_{of} – cena danej oferty,

D do 5 lat = 5 punktów, D powyżej 5 lat = 10 punktów.

Ilość punktów za poszczególne kryteria zostanie zsumowana i będzie stanowić końcową ocenę oferty.

Punkty wyliczone będą w oparciu o wzór: $S = C + D$

Gdzie : S – suma punktów uzyskanych przez daną ofertę,

C- ilość punktów za cenę uzyskaną przez daną ofertę,

D – ilość punktów za doświadczenie zawodowe,

Zamawiający wybierze najkorzystniejszą ofertę, czyli taką, która uzyska najwyższą liczbę punktów w oparciu o ustalone powyżej kryteria.

Zgłoszenia ofert po terminie, w inny niż określony w ogłoszeniu lub bez kompletu dokumentów nie będą brane pod uwagę w postępowaniu .

Zamawiający powiadomi niezwłocznie o wyborze najkorzystniejszej oferty wybranego wykonawcę, a rozstrzygnięcie zostanie umieszczone na stronie internetowej Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie – adres strony: www.opschojna.pl, www.bip.chojna.pl

XI. FORMA ROZLICZENIA: Faktura VAT

XII. Osoba uprawniona do kontaktu z wykonawcami:

- Sylwia Balawejder – koordynator projektu tel: 91 431 20 66

Załączniki:

1. Zał. Nr 1- Formularz oferty do zapytania cenowego
2. Zał. Nr 2- Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
3. Zał. Nr 3 - Oświadczenie o spełnieniu warunków wykluczenia w z postępowania
4. Zał. Nr 4 - Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu
5. Zał. Nr 5 - Oświadczenie o stanie zdrowia
6. Zał. Nr 6 - Wykaz wykonanych usług
7. Zał. Nr 7 -Oświadczenie o zaangażowaniu zawodowym

Koordinator projektu


Sylwia Balawejder

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.9.2017.P.7.6

.....
(pieczęć oferenta)

Miejscowość....., data.....

FORMULARZ OFERTY
na świadczenie usług rehabilitacji

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	

Skierowana do:

Gmina Chojna/Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Jagiellońska 2
74-500 Chojna

1. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia na świadczenie usług rehabilitacji (zap. ofertowe nr OPS.252.9.2017.P.7.6 za cenę zł (słownie:)) za godzinę zegarową.
2. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z opisem przedmiotu zamówienia Zamawiającego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

.....
(pieczęć i podpis oferenta)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.9.2017.P.7.6

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym

wydanym przez

oświadczam

że posiadam obywatelstwo polskie, mam pełną zdolność do czynności prawnych, korzystam z pełni praw publicznych i nie byłem/łam skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, (Dz.U.2016, poz. 922 ze zm.)

Niniejsze oświadczenie składam świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 3 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.9.2017.P.7.6

.....
(pieczęć oferenta)

Miejscowość....., data.....

**Oświadczenie
o spełnieniu warunków wykluczenia w z postępowania**

1. Nazwa oraz adres oferenta:

.....
.....

NIP(jeśli dotyczy) :

REGON: (jeśli dotyczy) :

Oświadczam, iż nie jestem/ moja firma nie jest osobowo i/lub kapitałowo powiązana z Zamawiającym

.....
(pieczęć i podpis oferenta)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 4 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.9.2017.P.7.6

.....
(pieczęć oferenta)

Miejscowość....., data.....

Oświadczenie
o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu nr OPS.252.9.2017.P.7.6

1. Nazwa oraz adres oferenta:

.....
.....

NIP(jeśli dotyczy) :

REGON: (jeśli dotyczy) :

Oświadczam, że

- a) posiadam wpis do CEIDG lub KRS (nie dotyczy osób fizycznych biorących udział w postępowaniu),
- b) posiadam kwalifikacje do świadczenia usług rehabilitacyjnych, o których mowa w zapytaniu ofertowym z dnia 20.12.2017 w postępowaniu nr OPS.252.9.2017.P.7.6

.....
(pieczęć i podpis oferenta)



**Fundusze
Europejskie**
Program Regionalny



**Pomorze
Zachodnie**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 5 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.9.2017.P.7.6

(Imię i nazwisko)

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA POZWALAJĄCYM NA WYKONYWANIE PRACY
NA STANOWISKU FIZJOTERAPEUTY**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego („Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”),

oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług rehabilitacyjnych zatrudnienia na stanowisku fizjoterapeuty.

czytelny podpis



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 6 do
Zapytania ofertowego Nr OPS.252.6.2017.P.7.6

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG

OŚWIADCZAM, ŻE:

Stosownie do treści zapytania ofertowego w ostatnich latach świadczyłem/am usługi rehabilitacyjne :

Lp.	Nazwa, rodzaj i zakres (usług) (należy określić w sposób umożliwiający ocenę spełnienia warunku)	Data wykonania usługi - zakończenie (dzień –miesiąc –rok)	Odbiorca usług (podać podmiot na rzecz których usługi zostały wykonane)
1	2	3	4
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Uwaga: Do wskazanych w wykazie wykonanych usług należy dołączyć referencje potwierdzające należyte wykonanie niniejszych usług.

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE O ZAANGAŻOWANIU ZAWODOWYM PERSONELU PROJEKTU

1. Oświadczam, iż w przypadku zaangażowania mnie do projektu „**Zwiększamy dostępność usług społecznych w gminie Chojna**” – realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 ; oś priorytetowa VII **Włączenie społeczne; działanie 7.6**, moje łączne zaangażowanie zawodowe¹ w realizację wszystkich projektów finansowanych z Funduszy Strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie i innych podmiotów nie przekracza łącznie **276 godzin miesięcznie**.
2. Zobowiązuję się jednocześnie do nie przekraczania ww. miesięcznego limitu godzin w okresie mojego ewentualnego zaangażowania do projektu.
3. Oświadczam, że nie jestem zaangażowany/a w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności*
4. Oświadczam, że jestem zaangażowany/a w realizację następujących projektów: finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności*:

L.p	Tytuł projektu i nazwa Beneficjenta	Rodzaj umowy	Okres zaangażowania	Liczba godzin zaangażowania miesięcznie ²

5. Oświadczam, że nie jestem zaangażowany/a w realizację żadnych innych zadań finansowanych ze źródeł pozaprojektowych , w tym środków własnych Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie*

¹ Zgłoszenia ofert po terminie, w inny niż określony w ogłoszeniu lub bez kompletu dokumentów nie będą brane pod uwagę w postępowaniu.

² W przypadku gdy nie jest możliwe podanie dokładnej liczby godzin zaangażowania (np. w przypadku umów o dzieło lub prowadzenia działalności gospodarczej, należy podać orientacyjną i uśrednioną liczbę godzin.

6. Oświadczam, że jestem zaangażowany/a w realizację następujących zadań finansowanych ze źródeł pozaprojektowych, w tym środków własnych Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnie i innych podmiotów*:

L.p	Nazwa podmiotu zatrudniającego	Rodzaj umowy	Okres zaangażowania	Liczba godzin zaangażowania miesięcznie ³

7. Oświadczam, iż podmiot wskazany pod nr jest instytucją uczestniczącą w realizacji PO⁴ jednakże w przypadku zaangażowania mnie do projektu, fakt mojego zatrudnienia w instytucji uczestniczącej w realizację PO nie powoduje konfliktu interesów⁵ ani ryzyka podwójnego finansowania wydatków.
8. Oświadczam, iż obciążenie z tytułu ewentualnego zaangażowania mnie w realizację zadania w projekcie nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich powierzonych mi zadań.
9. Zobowiązuję się do sporządzania protokołu wskazującego na prawidłowe wykonanie zadań, liczbę oraz ewidencję godzin w danym miesiącu kalendarzowym poświęconych na wykonanie zadań w projekcie.
10. W okresie mojego zaangażowania w projekcie zobowiązuję się do spełnienia wyżej wymienionych warunków oraz aktualizacji oświadczenia w chwili wystąpienia zmiany.
11. Informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie z moją wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ust.1 KK dotyczącej poświadczenia nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

* - niepotrzebne skreślić

³ W przypadku gdy nie jest możliwe podanie dokładnej liczby godzin zaangażowania (np. w przypadku umów o dzieło lub prowadzenia działalności gospodarczej, należy podać orientacyjną i uśrednioną liczbę godzin.

⁴ Jako instytucję uczestniczącą w realizacji PO rozumie się Instytucję Zarządzającą PO programem operacyjnym, w tym krajowy regionalny program operacyjny oraz program Europejska Współpraca Terytorialna lub instytucję, do której Instytucja Zarządzająca PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO

⁵ Konflikt interesów rozumiany jest jako naruszenie zasady bezinteresowności i bezstronności, tj. w szczególności: przyjmowanie jakiegokolwiek formy zapłaty za wykonanie zadań mających związek lub kolidujących ze stanowiskiem służbowym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub zajęcia zarobkowego mogącego mieć negatywny wpływ na sprawy prowadzone w ramach obowiązków służbowych, prowadzenie szkoleń o ile mogłoby to mieć negatywny wpływ na bezstronność prowadzenia spraw służbowych.