

---

Sławno, dnia 28.08.2016

## ZAPYTANIE OFERTOWE

na

**usługi opieki medycznej świadczone przez lekarza specjalistę**

**w dziedzinie geriatry**

realizowane w ramach projektu

„Opieka medyczna dla powiatu sławieńskiego”.

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój

Oś priorytetowa: V Wsparcie dla obszaru zdrowia

Działanie: 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

*Postępowanie prowadzone jest w trybie zapytania ofertowego o wartości szacunkowej zamówienia, które przekracza 50 tys. PLN netto, tj. bez podatku od towarów i usług.*

*Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest w oparciu o Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020 z dnia 10 kwietnia 2015 r. wydane przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju.*

### **Zamawiający:**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ARS MEDICA

ul. Kossaka 1a, 76-100 Sławno

Tel: 601635949, e-mail: [mmpacz@wp.pl](mailto:mmpacz@wp.pl)

NIP: 8391758299

## **Przedmiot zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia są usługi opieki medycznej świadczone przez lekarza specjalistę w dziedzinie geriatry na potrzeby Dziennego Domu Opieki Medycznej (w skrócie DDOM) w Sławnie.

## **Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia oraz warunki udziału w postępowaniu:**

Usługi będą świadczone w okresie 12.09.2016 - 11.05.2018 (20 miesięcy), w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00 zgodnie z ustalonym indywidualnym planem zajęć dla każdego pacjenta oraz obowiązującym harmonogramem pracy DDOM-u, na zasadzie umowy kontraktu w wymiarze nie mniej niż 60 godzin miesięcznie.

### Warunek udziału w postępowaniu:

O udzielenie zamówienia może ubiegać się:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie geriatry lub gerontologii albo
- 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatry.

Ocena spełniania warunku udziału w postępowaniu będzie dokonywana na podstawie kserokopii dokumentów poświadczających wykształcenie Wykonawcy.

### **Dodatkowe warunki:**

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu na podstawie Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020 z dnia 10 kwietnia 2015 r. wydanych przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju. W celu uniknięcia konfliktu interesów, zamówienia publiczne nie mogą być udzielane podmiotom powiązanim osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym (w tym z Kierownikiem Zamawiającego). Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia, w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Z postępowania wyklucza się wykonawców, w stosunku do których otwarto likwidację lub których upadłość ogłoszono, z wyjątkiem wykonawców, którzy po ogłoszeniu upadłości zawarli układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego. Zamawiającego oceni brak podstaw do wykluczenia w oparciu o ww. przesłankę na podstawie dokumentów w bezpłatnych, ogólnodostępnych bazach danych państw członkowskich Unii Europejskiej.

Treść oświadczenia zawarta została we wzorze dokumentu „Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych” stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego.

### Zakres obowiązków:

- konsultacje specjalistyczne po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby
- przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej
- ustalenie zasad profilaktyki przedwczesnego starzenia się i chorób wieku podeszłego

- ustalenie zasad rozpoznawania i leczenia chorób i określenia sposobów rehabilitacji
- sprawowanie opieki zdrowotnej i prowadzenia kompleksowego postępowania leczniczego w odniesieniu do osób chorych, niesprawnych fizycznie i psychicznie
- łagodzenie objawów somatycznych
- monitorowanie przebiegu terapii – w tym ocena nasilenia objawów chorobowych i ewentualnych działań niepożądanych i ubocznych leków
- pomoc i edukacja chorego, rodziny i opiekunów
- uczestnictwo w naradach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego
- określenie występowania niewydolności serca (skala NYHA) po przyjęciu i przed wypisaniem
- prowadzenie dokumentacji lekarskiej
- przeprowadzanie szkoleń dla uczestników DDOM-u oraz ich rodzin.

W ramach świadczenia usługi, Wykonawca zapewni konsultacje łącznie dla 60 pacjentów/pacjentek w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Sławnie.

Przy składaniu oferty Wykonawca musi mieć na uwadze, iż łączne zaangażowanie zawodowe osoby której zostanie udzielone zamówienie w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł **nie może przekroczyć 276 godzin miesięcznie**.

Wykonanie zadań przez tę osobę potwierdzone będzie protokołem sporządzonym przez tę osobę, wskazującym prawidłowe wykonanie zadań, liczbę oraz ewidencję godzin w danym miesiącu kalendarzowym poświęconych na wykonanie zadań w projekcie

Składając ofertę Wykonawca oświadcza:

1. Znana mi jest treść Zapytania Ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
2. Zobowiązuję się w przypadku przyznania zamówienia do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu ofertowym.

### Kryteria oceny

Zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

Nr	Nazwa kryterium	Waga
1	Cena w ujęciu miesięcznym $\text{Liczba punktów} = (C_{\min}/C_{\text{of}}) * 100 * \text{waga}$ gdzie: - $C_{\min}$ - najniższa cena spośród wszystkich ofert - $C_{\text{of}}$ - cena podana w ofercie	100 %

Zamawiający udzieli zamówienia wykonawcy, który złoży ofertę z najniższą ceną w ujęciu miesięcznym

**Uwaga:**

Oferty należy składać **do dnia 06.09.2016r.**

Zainteresowani wykonawcy udziałem w postępowaniu zobowiązani są złożyć w 76-100 Sławno, ul. Koszalińska 4 pocztą, kurierem, osobiście lub drogą elektroniczną na adres e-mail [mmpacz@wp.pl](mailto:mmpacz@wp.pl) wypełniony i podpisany Formularz oferty wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego zapytania.

Na wezwanie Zamawiającego, Wykonawca który złoży ofertę z najniższą ceną będzie zobowiązany przedłożyć w siedzibie Zamawiającego lub przesłać na adres e-mail w terminie wskazanym przez Zamawiającego dokumenty poświadczające wykształcenie Wykonawcy niezbędne do potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu w przeciwnym razie Wykonawca zostanie wykluczony z postępowania.

**Wykluczenia**

Do oceny ofert brane będą pod uwagę tylko oferty spełniające w całości wymagania określone w punkcie "Szczegółowy opis przedmiot zamówienia oraz warunki udziału w postępowaniu" i "Dodatkowe warunki".

Właściciel NZOZ Ars Medica

Mariusz Paczkowski

**WZÓR FORMULARZA OFERTY**



pieczęć wykonawcy

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ars Medica  
ul. Kossaka 1a, 76-100 Sławno**

Nawiązując do ogłoszonego zapytania ofertowego na **usługi opieki medycznej świadczone przez lekarza specjalistę w dziedzinie geriatry na potrzeby Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sławnie** oświadczam, że:

- 1) Odpowiadając na Zapytanie ofertowe, niniejszym oferuję wykonanie usługi opisanej w zamówieniu za kwotę brutto: ..... (słownie złotych.....) miesięcznie.
- 2) Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni, liczony od dnia upływu terminu ich składania.
- 3) Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**Dane kontaktowe Wykonawcy:**

**Pełna nazwa wykonawcy zgodnie z wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS (jeśli dotyczy).....**

**telefon .....**

**e-mail: .....**

**NIP: .....**

..... dnia .....

.....

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu

Wykonawcy

## OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH



pieczęć wykonawcy

Miejscowość ..... dnia .....2016 roku.

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ars Medica**

**ul. Kossaka 1a, 76-100 Sławno**

Nawiązując do ogłoszonego zapytania ofertowego na usługi medyczne świadczone przez lekarza specjalistę w dziedzinie geriatrici oświadczamy że, nie podlegamy, wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie poniższych zapisów Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020 z dnia 10 kwietnia 2015 r. wydane przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju:

„W celu uniknięcia konfliktu interesów, zamówienie nie może być udzielone podmiotom powiązanym osobowo lub kapitałowo z zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- 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.”

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do składania oświadczeń woli  
w imieniu Wykonawcy)