



Sławno, dnia 28.08.2016

ZAPYTANIE OFERTOWE

na

usługi opieki medycznej świadczone przez logopedów

na potrzeby Dziennego Domu Opieki Medycznej

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 przewyższa 20 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

NIP: 8391758299

Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem zamówienia są usługi opieki medycznej świadczone przez logopedę 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, umowy zlecenia w wymiarze nie mniej niż 3 godziny tygodniowo.

Warunek udziału w postępowaniu:

Składać ofertę może osoba, która:

- a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
- b) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
- c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia studia podyplomowe z logopedii,
- d) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra.

Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami starszymi. Posiadanie odpowiednich kwalifikacji powinno zostać potwierdzone odpowiednimi dokumentami załączonymi do złożonej oferty wraz z cv 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:

- Konsultacja po przyjęciu pacjenta;
- Przeprowadzanie badań logopedycznych z wykorzystaniem różnych narzędzi badawczych w celu ustalenia stanu rozwoju mowy i zaburzeń komunikacyjnych;
- Ustalanie postępowania korekcyjno-terapeutycznego;
- Współpraca z całym zespołem terapeutycznym;
- Prowadzenie doradztwa logopedycznego;
- Utrzymywanie właściwych kontaktów z rodzinami pacjentów objętych opieką logopedyczną oraz z członkami zespołu terapeutycznego DDOM;
- Prowadzenie dokumentacji medycznej.

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 $\text{Liczba punktów} = (C_{\text{min}}/C_{\text{of}}) * 100 * \text{waga}$ gdzie: <ul style="list-style-type: none">- C_{min} - najniższa cena spośród wszystkich ofert- C_{of} - cena podana w ofercie	100 %

Zamawiający udzieli zamówienia 2 wykonawcom, którzy złożą 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 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 logopedów 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 dnia2016 roku.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Ars Medica

ul. Kossaka 1a, 76-100 Sławno

Nawiązując do ogłoszonego zapytania ofertowego na usługi medyczne świadczone przez logopedów 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)