

**GMINNY OŚRODEK
POMOCY SPOŁECZNEJ**
ul. Gdańska 18a
76-100 SŁAWNO
NIP 839-19-94-255, REGON 770528555

Zapytanie ofertowe nr 03/LS/2018

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 Sławno/ realizator Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sławnie do realizacji projektu pn „ LOKALNIE SPRAWNI- wysokiej jakości usługi świadczone dla osób niepełnosprawnych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014 – 2020; oś priorytetowa VII Włączenie Społeczne; działanie 7.6, zwracamy się z zapytaniem ofertowym na:

I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

- Świadczenie usług rehabilitacji dla 5 uczestników projektu w miejscu zamieszkania, w okresie od marca 2018 do lutego 2020, zgodnie z indywidualnym zapotrzebowaniem i stanem zdrowia
- Kod CPV – 85312500-4 (Usługi rehabilitacyjne)

II. WYMAGANIA NIEZBEDNE

- Wykształcenie/ kwalifikacje, zgodne z Rozp. Ministra Zdrowia z dn. 6.XI.2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U.2013 poz. 1522) – preferowane wykształcenie wyższe
- Posiadanie udokumentowanego rocznego doświadczenia zawodowego w zakresie rehabilitacji
- Stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie na wyżej wymienionym stanowisku

III. WYMAGANIA DODATKOWE

- Umiejętności interpersonalne, zdolności organizacyjne
- Umiejętności nawiązywania kontaktów z pacjentami

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

- Sumienność, samodzielność, odpowiedzialność, dyspozycyjność
- Dobra organizacja pracy własnej
- Cierpliwość, podzielność uwagi, konsekwencja, wrażliwość, kultura osobista a także chęć pomocy innym
- 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, kwalifikacje zawodowe kandydata/ kandydatki oraz doświadczenie zawodowe
- List motywacyjny
- CV
- Załączenie oferty cenowej wg załącznika nr 1
- Oświadczenie dotyczące posiadania zdolności do czynności prawnych oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 2) 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 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. 2016, poz. 922 ze zm.

- Oświadczenie o spełnieniu warunków wykluczenia z postępowania wg załącznika nr 3
- Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu 03/LS/2018 wg załącznika nr 4
- Oświadczenie o stanie zdrowia wg załącznika nr 5

V. ZAKRES WYKONYWANYCH ZADAŃ

- Świadczenie usług rehabilitacji dla 5 uczestników projektu, w miejscu ich zamieszkania
- Czas trwania wsparcia dla jednego uczestnika/ uczestniczki to po 2 godziny (1 godz – 60 min)/ miesięcznie/ 5 osób, łącznie 10 godzin rehabilitacji miesięcznie

VI. ZOBOWIĄZANIA WYKONAWCY

- Prowadzenie listy obecności, godzin udzielonego wsparcia
- Kontrola czasu pracy podpisana przez uczestnika/uczestniczkę

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

- Współpraca z Asystentami Osób Niepełnosprawnych
- Przekazywanie do GOPS w Sławnie wszystkich dokumentów oznakowanych zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi oznakowania projektów w ramach RPO WZ na lata 2014-2020, które również powinny zawierać informację, że projekt jest współfinansowany przez UE ze środków EFS w ramach RPO WZ 2014 – 2020
- Wykonawca zobowiązany jest do zapoznania się i przestrzegania Zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn w projektach współfinansowanych ze środków EFS w ramach RPO na lata 2014-2020, w trakcie realizacji usług w ramach projektu

VIII. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

- Rozpoczęcie usług rehabilitacji – marzec 2018
- Zakończenie usług rehabilitacji – luty 2020

IX. MIEJSCE I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy sporządzić w formie pisemnej, w języku polskim w zamkniętej kopercie z dopiskiem „ **Rehabilitacja uczestników projektu LOKLNIE SPRAWNI- wysokiej jakości usługi świadczone dla niepełnosprawnych**”

- złożyć osobiście w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Sławnie, ul. Gdańska 18a, 76-100 Sławno

- przesłać na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sławnie, ul. Gdańska 18a, 76-100 Sławno (decyduje data wpływu)

W terminie do dnia 20.02. 2018 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 roku = 5 punktów, D powyżej roku – 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 Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sławnie – adres: www.gops.slawno.ibip.pl

XI. FORMA ZATRUDNIENIA : umowa zlecenie

XII. Osoba uprawniona do kontaktu z wykonawcami:

- Lidia Siarnecka-Roman – koordynator projektu tel. 59 810 03 00

Załączniki:

1. Formularz oferty do zapytania cenowego
2. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
3. Oświadczenie o spełnieniu warunków wykluczenia z postępowania
4. Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu
5. Oświadczenie o stanie zdrowia

KIERCOWNIK
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Sławnie
Marta Karbowskiak



.....
(pieczęć oferenta)

Miejscowość....., data.....

FORMULARZ OFERTY
na świadczenie usług rehabilitacji

| | |
|--------------------------------|--|
| Imię i Nazwisko | |
| Adres zamieszkania | |
| Adres do korespondencji | |

Skierowana do:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sławnie

Ul. Gdańska 18a

76.100 Sławno

1. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia na świadczenie usług rehabilitacji (zap. Ofertowe nr 03/LS/2018 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)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisny/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/am 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)



.....
(pieczęć oferenta)

Miejscowość....., data.....

Oświadczenie

o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu nr 03/LS/2018

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 07.02.2018 w postępowaniu nr 03/LS/2018

.....
(podpis oferenta)

Załącznik nr 5 do
Zapytania Ofertowego Nr 03/LS/2018

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

Oświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym na wykonywanie pracy na stanowisku rehabilitanta

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 rehabilitanta.

.....
Czytelny podpis