



Szczecin, dnia 15.09.2017 r.

PROTOKÓŁ WYBORU WYKONAWCY W RAMACH ZAPYTANIA OFERTOWEGO nr 2/ZISZ/2017 DOTYCZĄCEGO

Realizacja szkoleń zawodowych dla Uczestników I EDYCJI Projektu „Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie” wg indywidualnych potrzeb

Nazwa jednostki zamawiającej:

**Fundacja Promocja Zdrowia, Al. Bohaterów Warszawy 27, 70-340 Szczecin
Tel. 91 831 48 00, NIP: 851 31 36 341, REGON: 320931940**

Komisja oceniająca oferty w składzie:

1. Anna Okupińska – przewodnicząca Komisji
2. Lolita Siewierska – członek Komisji

Biuro projektu w Szczecinie: Al. Bohaterów Warszawy 27, 70-340 Szczecin; e-mail: fund.prom.zdrowia@wp.pl

Przedmiot zamówienia: Przedmiotem zamówienia jest realizacja **10 szkoleń zawodowych przeprowadzonych wraz z egzaminami** dla łącznie 19 Uczestników i Uczestniczek (I EDYCJA naboru) Projektu pt. „Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie” wg indywidualnych potrzeb

I. SPOSÓB UPUBLICZNIENIA ZAPYTANIA OFERTOWEGO

Zapytanie ofertowe nr 2/ZISZ/2017 zostało upublicznione w następujący sposób:

- W dniu 06.09.2017 r. opublikowano treść zapytania cenowego wraz z załącznikami dla oferentów w Bazie Konkurencyjności
- W dniu 06.09.2017 r. opublikowano treść zapytania cenowego wraz z załącznikami dla oferentów na stronie internetowej Zamawiającego –www.fundacjapromocjazdrowia.pl
- W dniu 06.09.2017 r. opublikowano treść zapytania cenowego wraz z załącznikami dla oferentów w siedzibie Wnioskodawcy

II. TERMIN SKŁADANIA OFERT: 15.09.2017

III. FORMA SKŁADANIA OFERT: pisemna w zamkniętej kopercie na adres:

Fundacja Promocja Zdrowia, 70-340 Szczecin, Al. Bohaterów Warszawy 27
z dopiskiem: **Odpowiedź na zapytanie cenowe nr 2/ZISZ/2017;**

IV. WYKAZ ZŁOŻONYCH OFERT:

BRAK OFERT

V. SPEŁNIENIE WARUNKÓW UCZESTNICTWA PRZEZ POSZCZEGÓLNYCH OFERENTÓW:

- Warunek 1: Wpis do CEIDG
Warunek 2: Wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych
Warunek 3: OŚWIADCZENIA



Lp.	Nazwa oferenta	Warunek 1	Warunek 2	Warunek 3
1				
2				
3				

VI. OCENA OFERT POD KATEM KRYTERIÓW WYBORU:

Komisja dokonała oceny przedłożonych ofert dokonując oceny wg kryteriów umieszczonych w zapytaniu ofertowym:

Kryterium 1: CENA – 70 %

Kryterium 2: DOŚWIADCZENIE – 20%

Kryterium 3: AKTUALNY CERTYFIKAT JAKOŚCI – 10%

Lp.	Nazwa oferenta	CENA – 70 %	DOŚWIADCZENIE – 20%	AKTUALNY CERTYFIKAT JAKOŚCI – 10%
1				
2				
3				

VII. WSKAZANIE WYBORU OFERTY WRAZ Z UZASADNIENIEM

Mając na uwadze brak złożonych ofert w postępowaniu Komisja oceniająca dokonała wyboru oferentów na podstawie wcześniejszego rozeznania rynku przeprowadzonego przez Zamawiającego. W oparciu o rozeznanie rynku i Rejestr Instytucji Szkoleniowych WUP wyłoniono następujących wykonawców szkoleń zawodowych dla **17 uczestników I Edycji projektu „Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie”**:

1. Stowarzyszenie Księgowych w Polsce, Oddział w Szczecinie, Al. Jana Pawła II, 7-425 Szczecin, NIP: 526-030-79-56

Przeprowadzenie szkolenia „I stopień Kurs podstaw rachunkowości dla kandydatów na księgowych” dla **3 uczestników**.

2. Stowarzyszenia Archiwistów Polskich, ul. Bonifraterska 6/21, 00-213 Warszawa, NIP: 526-102-39-59

Przeprowadzenie szkolenia „Kurs kancelaryjno-archiwalny dla **1 uczestnika**”

3. NOVA Centrum Edukacyjne 00-023 Warszawa, ul. Widok 8, Oddział w 70-414 Szczecin, Plac Lotników 7

Przeprowadzenie szkolenia „Kurs dietetyki i odchudzania I i II stopnia” dla **1 uczestnika**

4. Prywatny Zespół Szkół Zaocznych w Koszalinie – Zachodniopomorskie Centrum Edukacji Zawodowej Optima, ul. Jaworowa 34, 77-681 Koszalin

Przeprowadzenie szkolenia „Instruktor terapii zajęciowej” dla **1 uczestnika**

5. Centrum Usług Szkoleniowo-Doradczych Jakub Szpon, ul. Traugutta 7, 72-200 Nowogard, NIP: 856-124-36-55

Przeprowadzenie szkoleń dla 11 uczestników, w tym:

- a) szkolenie komputerowe z egzaminem ECDL – dla **5 uczestników**
- b) szkolenia „Florystka- podstawowy” dla **1 uczestnika**
- c) szkolenia „Rejestratorka medyczna” – dla **1 uczestnika**
- d) szkolenie „Kucharz” dla **1 uczestnika**





- e) kurs „Masaż – podstawowy” dla 1 uczestnika
- f) kurs „Masaż głęboki z elementami terapii manualnej” – dla 2 uczestników

VIII. DATA SPORZĄDZENIA WRAZ Z PODPISEM OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ

15.09.2017 r.

Data

Anna Okupińska

(imię , nazwisko i podpis pracownika prowadzącego sprawę)

.....

Data

Zatwierdzam:

PREZES
dr Andrzej Stecawicz


(podpis z imienną pieczętką osoby upoważnionej do wydatkowania środków)

IX. ZAŁĄCZNIKI:

1. Potwierdzenie publikacji na stronie internetowej na której było umieszczane ogłoszenie
2. Złożone oferty
3. Oświadczenie o braku powiązań z Wykonawcami którzy złożyli oferty, podpisane przez beneficjenta lub osoby upoważnione do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta i osoby wykonujące w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, a także realizacja lub zmianami umowy zawartej z wykonawcą.

