

Szczecin, dnia 02.06.2017r.

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

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

ZAPYTANIE CENOWE – rozeznanie rynku nr 1/FPZ/2017

W związku z realizacją projektu pn. „Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej

Fundacja Promocja Zdrowia zaprasza Państwa do złożenia oferty cenowej w procedurze rozeznania rynku. Niniejsze rozeznanie ma na celu weryfikację cen rynkowych.

Opis przedmiotu zamówienia:

I. Wspólny Słownik Zamówień (kod CPV):

Kod CPV: **85312500-4 Usługi rehabilitacyjne**

II. Zamówienie obejmuje:

Świadczenie usług rehabilitacji zdrowotnej (masaż leczniczy/fizykoterapii/terapii EEGBiofeedback/inne) dla uczestników projektu pt. „Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie”

III. Okres realizacji zamówienia: czerwiec 2017 – marzec 2018 r.

IV. Szczegóły dotyczące zamówienia:

W ramach świadczonych usług Wykonawca zapewni:

1. Przedmiotem zapytania ofertowego jest świadczenie **usług rehabilitacji zdrowotnej (masaż leczniczy/fizykoterapii/terapii EEGBiofeedback/inne)**. Uczestnikami projektu są osoby powyżej 18 roku życia znajdujące się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy (tj. kobiety, osoby o niskich kwalifikacjach i osoby niepełnosprawne).
2. Usługi prowadzone będą na terenie województwa zachodniopomorskiego, w siedzibie Fundacji Promocja Zdrowia w Szczecinie. Wykonawca zapewnia niezbędny sprzęt i środki do realizacji usług. Wykonawca otrzyma od Zamawiającego informację o miejscu prowadzenia usługi co najmniej na 5 dni przed planowym rozpoczęciem spotkania.

3. Zamawiający przewiduje możliwość składania ofert na poszczególne części w ramach niniejszego zapytania ofertowego tj:
 - a. Masaż leczniczy/fizykoterapia
 - b. Terapię EEG Biofeedback
 - c. Terapię neurologopedyczną
4. Każdy z 24 Uczestników projektu otrzyma 16 godzin indywidualnego wsparcia tj. 16 spotkań x 1 godzina zegarowa, wg indywidualnego zapotrzebowania Uczestnika projektu
5. Usługa rehabilitacji zdrowotnej będzie prowadzona przez podmiot posiadający wpis do CDIDG lub w ramach umowy cywilno-prawnej w wykonawcą posiadającym kwalifikacje w danym zakresie.
6. Rehabilitacja zdrowotna bazuje na przeprowadzonej diagnozie potrzeb Uczestnika Projektu – IPD i wspiera jego proces aktywizacji zawodowej i społecznej określonej w indywidualnej ścieżce reintegracji.
7. Rehabilitacja zdrowotna ma na celu poprawę stanu zdrowia uczestników projektu, ich witalności i aktywności fizycznej.
8. Koszty dojazdu oraz wszelkie inne koszty związane z realizacją zamówienia są po stronie Wykonawcy i powinny być wliczone w oferowaną cenę.
9. Wykonawca przekazywać będzie niezwłocznie, w formie telefonicznej lub e-mail, informacje o każdym Uczestniku, który opuszcza spotkania, lub posiada innego rodzaju zaległości (do 24 godzin od zaistnienia zdarzenia).
10. Wykonawca utrzymywać będzie stały kontakt z Zamawiającym (na czas trwania usługi).
11. Wykonawca informować będzie Zamawiającego o pojawiających się problemach i innych zagadnieniach istotnych dla realizacji usługi.
12. Wykonawca sporządzi w każdym miesiącu trwania umowy protokół zawierający liczbę godzin wykonanych usług z zakresu pośrednictwa pracy. W/w protokół podlega zatwierdzeniu przez Zamawiającego oraz stanowi podstawę do wystawienia rachunku/faktury.
13. Wykonawca wykona również dodatkowe czynności administracyjne związane z prowadzeniem rehabilitacji zdrowotnej, w tym: informowanie uczestników o terminach spotkań, rozprawdanie wśród Uczestników materiałów przekazanych przez Zamawiającego, oznaczenia sal oraz budynków w których będą prowadzone spotkania indywidualne zgodnie z wymaganiami Zamawiającego.
14. Wykonawca prowadzić będzie rehabilitację zdrowotną, zgodnie z zasadą równości szans i niedyskryminacji w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.
15. Wykonawca stosować będzie wyłącznie wzory dokumentów zatwierdzone przez Zamawiającego.
16. Wykonawca i/lub osoby (współpracujące z Wykonawcą), które będą wykonywać w/w usługę, posiadają niezbędne kwalifikacje doświadczenie w wykonywaniu usług z zakresu rehabilitacji zdrowotnej i terapii specjalistycznej (biofeedback i neurologopedii).
17. Badana jest cena ofertowa jednej godziny zegarowej świadczenia usług .

V. **Obowiązki szczegółowe Wykonawcy i Zamawiającego** zostaną określone w treści umowy zawartej z wybranym Wykonawcą.

VI. **Forma złożenia oferty:**

W ramach rozeznania rynku zapraszamy do uzupełnienia oferty cenowej znajdującej się w załączniku wraz z oświadczeniami i złożenia jej w terminie do 09 czerwca 2017r. w jednej z następujących form:

- w wersji papierowej, w zamkniętej kopercie na adres:



Fundacja Promocja Zdrowia

70-340 Szczecin

Al. Bohaterów Warszawy 27

z dopiskiem: **Odpowiedź na zapytanie cenowe nr 1/FPZ/2017;**

- za pośrednictwem poczty elektronicznej poprzez przesłanie skanu podpisanej oferty na adres: **fund.prom.zdrowia@wp.pl**

VII. **Osoba do kontaktu:** Anna Okupińska , tel. 721 270 840 e-mail: fund.prom.zdrowia@wp.pl

VIII. **Zastrzeżenia:** Zamawiający zastrzega sobie prawo do nie wyłonienia żadnego z oferentów bez podawania uzasadnienia.

IX. **Termin związania ofertą:** Wymagany termin związania ofertą wynosi maksymalnie 30 dni. Bieg rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

Anna Okupińska

Kierownik projektu

Dyrektor
Specjalistycznego Ośrodka
Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji
Fundacji Promocja Zdrowia

dr Andrzej Stecewicz

Prezes Fundacji



Załącznik nr 1

Oferta cenowa na:
świadczenie usługi rehabilitacji zdrowotnej dla 24 uczestników projektu pt. „ZAKŁAD AKTYWNOŚCI SPOŁECZNO ZAWODOWEJ W SZCZECINIE”

W odpowiedzi na ZAPYTANIE CENOWE – rozeznanie rynku nr 1/FPZ/2017

z dnia 02 czerwca 2017r. przedstawiam/y poniżej ofertę cenową:

| L.p. | Wymagane informacje | Informacje podane przez Wykonawcę |
|------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. | Nazwa Wykonawcy | |
| 2. | Adres Wykonawcy | |
| 3. | Tel. | |
| 4. | Adres e-mailowy | |
| 5. | REGON | |
| 6. | NIP | |
| 7. | Osoba do kontaktów, dane kontaktowe | |

Oferowana cena za 1 godzinę usług rehabilitacji zdrowotnej:

a. **Masaż leczniczy/fizykoterapia***

brutto: zł;

Słownie złotych (brutto):

Cena oferty ma charakter ryczałtowy i uwzględnia wszystkie koszty wykonania zamówienia.

b. **Terapię EEG Biofeedback***

brutto: zł;

Słownie złotych (brutto):

c. Cena oferty ma charakter ryczałtowy i uwzględnia wszystkie koszty wykonania zamówienia.

d. **Terapię neurologopedyczną***

brutto: zł;



Słownie złotych (brutto):

Cena oferty ma charakter ryczałtowy i uwzględnia wszystkie koszty wykonania zamówienia.

(właściwe podkreślić)

Oświadczam, iż Podmiot:

.....
nazwa i adres Oferenta

1. posiada wpis do ewidencji CDIDG/ lub posiada uprawnienia potwierdzone dyplomem w zakresie świadczenia usług.
2. posiada potencjał osobowy, finansowy, techniczny niezbędny do wykonania usługi objętej ZAPYTANIEM CENOWYM – rozeznanie rynku nr 1/FPZ/2017 z dnia 02.06.2017r.i/lub osoby z nim współpracujące przy wykonywaniu usługi będącej przedmiotem niniejszego zapytania posiadają niezbędne wykształcenie z zakresu fizjoterapii, masażu leczniczego, neurologopedii i terapii EEG biofeedback a także doświadczenie w świadczeniu usług z tego zakresu.
3. akceptuje i spełnia wszystkie warunki zawarte w ZAPYTANIU CENOWYM – rozeznanie rynku nr 1/FPZ/2017z dnia 02.06.2017r. i zgadza się na realizację usługi zgodnie z w/w zapytaniem.

OŚWIADCZENIE

Wykonawcy o braku powiązań osobowych i kapitałowych - Dotyczy zapytania ofertowego nr 1/FPZ/2017z dnia 02.06.2017r.

Ja, niżej podpisana/y

oświadczam, że nie jestem powiązany kapitałowo ani osobowo z Fundacją Promocja Zdrowia lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Fundacji Promocja Zdrowia lub osobami wykonującymi czynności w imieniu Fundacji związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem niniejszej procedury wyboru wykonawcy.

Przez powiązania kapitałowe i osobowe rozumie się w szczególności:

1. Uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. Posiadanie przynajmniej 10% udziałów lub akcji;
3. Pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. 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.

.....

.....



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Miejscowość i data

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)