

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. Każdy z 48 Uczestników projektu otrzyma 16 godzin indywidualnego wsparcia tj. 16 spotkań x 1 godzina zegarowa. Łącznie 768 godzin.
4. Usługa rehabilitacji zdrowotnej będzie prowadzona przez podmiot posiadający wpis do CDIDG.
5. Rehabilitacja zdrowotna bazuje na przeprowadzonej diagnozie potrzeb Uczestnika Projektu – IPD i wspiera jego proces aktywizacji zawodowej i społecznej określonej w indywidualnej ścieżce reintegracji.
6. Rehabilitacja zdrowotna ma na celu poprawę stanu zdrowia uczestników projektu, ich witalności i aktywności fizycznej.
7. Koszty dojazdu oraz wszelkie inne koszty związane z realizacją zamówienia są po stronie Wykonawcy i powinny być wliczone w oferowaną cenę.
8. 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).
9. Wykonawca utrzymywać będzie stały kontakt z Zamawiającym (na czas trwania usługi).
10. Wykonawca informować będzie Zamawiającego o pojawiających się problemach i innych zagadnieniach istotnych dla realizacji usługi.
11. 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.
12. Wykonawca wykona również dodatkowe czynności administracyjne związane z prowadzeniem rehabilitacji zdrowotnej, w tym: informowanie uczestników o terminach spotkań, rozprowadzanie wśród Uczestników materiałów przekazanych przez Zamawiającego, oznaczenia sal oraz budynków w których będą prowadzone spotkania indywidualne zgodnie z wymaganiami Zamawiającego.
13. Wykonawca prowadzić będzie rehabilitację zdrowotną, zgodnie z zasadą równości szans i niedyskryminacji w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.
14. Wykonawca stosować będzie wyłącznie wzory dokumentów zatwierdzone przez Zamawiającego.
15. 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 inne).
16. 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 21 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 i Rehabilitacji
Fundacji Promocja Zdrowia

dr Andrzej Stecewicz

Prezes Fundacji



Załącznik nr 1

Oferta cenowa na:
świadczenie usługi rehabilitacji zdrowotnej dla 48 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
brutto:

..... zł;

Słownie złotych (brutto):

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

Oświadczam, iż Podmiot:

.....
nazwa i adres Oferenta



1. posiada wpis do ewidencji CDIDG
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.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)