



Szczecin, dnia 06.06.2018r.

**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/DOWON/2018

W związku z realizacją projektu pn. „Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych” 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:**

- rehabilitacja ruchowa (gimnastyka, kinezyterapia) dla 2 uczestników

- terapia EEG Biofeedback dla 1 uczestnika

- terapia logopedyczna dla 1 uczestnika

projektu pt. „Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych”

III. Okres realizacji zamówienia: czerwiec 2018 – styczeń 2019 r.

IV. Szczegóły dotyczące zamówienia:

W ramach świadczonych usług Wykonawca zapewni:

1. Przedmiotem zapytania ofertowego jest świadczenie **usług rehabilitacji zdrowotnej** w zakresie:

- rehabilitacja ruchowa w wymiarze łącznym 32 godziny dla 2 uczestników

- terapii EEG Biofeedback w wymiarze łącznym 16 godzin dla 1 uczestnika

- terapii logopedycznej w wymiarze łącznym 16 godzin dla 1 uczestnika



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. Terapie ruchowa (gimnastyka, kinezyterapia)
  - b. Terapię EEG Biofeedback
  - c. Terapię logopedyczną
4. Każdy z 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, rozprowadzanie 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 logopedii/ neurologopedii) oraz niezbędny sprzęt i oprogramowanie specjalistyczne.
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 13 czerwca 2018r. do godz. 15.00** 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/DOWON/2018;**

- 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.

**X. Wybór oferenta** nastąpi najpóźniej do 14.06.2018 r. do godz. 12.00. Wyniki wyboru zostaną opublikowane na stronie Zamawiającego .

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 4 uczestników projektu pt. „DZIENNY OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”**

W odpowiedzi na ZAPYTANIE CENOWE – rozeznanie rynku nr 1/DOWON/2018

z dnia 06 czerwca 2018r. 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. Rehabilitacja ruchowa (gimnastyka, kinezyterapia)\***

**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 – rozeznaniem rynku nr 1/DOWON/2018 z dnia 06.06.2017r. i/lub osoby z nim współpracujące przy wykonywaniu usługi będącej przedmiotem niniejszego zapytania posiadają niezbędne wykształcenie z zakresu rehabilitacji ruchowej /fizjoterapii, terapii EEG biofeedback, logopedii/neurologopedii \*(niewłaściwe skreślić) i a także doświadczenie w świadczeniu usług z tego zakresu.
3. akceptuje i spełnia wszystkie warunki zawarte w ZAPYTANIU CENOWYM – rozeznaniem rynku nr 1/DOWON/2018 z dnia 06.06.2018r. i zgadza się na realizację usługi zgodnie z w/w zapytaniem.

### OŚWIADCZENIE

#### Wykonawcy o braku powiązań osobowych i kapitałowych

Dotyczy zapytania ofertowego nr 1/DOWON/2018 z dnia 06.06.2018r.

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.

.....  
Miejscowość i data

.....  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

