



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

ZAPYTANIE OFERTOWE nr 1/2018 z dnia 18.12.2018 r.

Zamawiający:

Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp.k.
ul. Kilińskiego 21, 90-205 Łódź

W związku z realizacją projektu „Wsparcie w Twoim domu” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp.k. zaprasza podmioty zainteresowane wykonaniem zadania: **prowadzenie przez pielęgniarkę/pielęgniarszą działań koordynujących pracę zespołu medycznego zatrudnionego w ramach świadczenia długoterminowej opieki domowej dla 32 uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w programie.**

Projekt „Wsparcie w Twoim domu” skierowany jest do osób niesamodzielnych, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność, wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, a także otoczenia osób niesamodzielnych w szczególności opiekunów faktycznych oraz rodziny osób niesamodzielnych.

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest **prowadzenie przez pielęgniarkę/pielęgniarszą działań koordynujących pracę zespołu medycznego zatrudnionego w ramach świadczenia długoterminowej opieki domowej** (pielęgniarki/pielęgniarsze, opiekunowie medyczni, fizjoterapeuci) dla 32 uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w programie.

Zadanie będzie realizowane od **07 stycznia 2018 roku do 30 czerwca 2020 roku**. Do zadań pielęgniarki/pielęgniarszą koordynującej/ego należeć będzie:

1. Bezpośredni kontakt z personelem medycznym zatrudnionym w projekcie oraz z opiekunami faktycznymi osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych.
2. Przygotowywanie diagnozy stanu zdrowia uczestnika/uczestniczki projektu stanowiącą podstawę do udzielania dalszego wsparcia.
3. Nadzorowanie pracy personelu medycznego między innymi poprzez kontakt z podopiecznymi.
4. Nadzór nad realizowanymi świadczeniami.
5. W przypadku nieobecności personelu medycznego zastępstwo.
6. Rozpatrywanie skarg i wniosków związanych z jakością pracy personelu medycznego.

Zamawiający planuje zatrudnienie Wykonawcy na umowę zlecenie w wymiarze średnio 150 h w miesiącu.



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

II. **KOD CPV 85000000-9 - Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej**

III. **WYMAGANIA**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

- 1) posiadają odpowiednie wykształcenie uprawniające do pracy na stanowisku objętym zapytaniem:
 - magister pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach.
 - Pielęgniarka/pielęgniarski z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub kursem specjalistycznym lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie odbywania tych kursów.
- 2) posiadają aktualne prawo wykonywania zawodu,
- 3) posiadają zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Ponadto:

- 4) posiadają co najmniej 7-letnie doświadczenie zawodowe w tym roczne w opiece długoterminowej,
- 1) posiadają pełną zdolność do czynności prawnych, korzystanie z pełni praw publicznych,
- 2) są osobami fizycznymi lub osobami samozatrudnionymi tzn. osobami fizycznymi prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą, przy czym zaznacza się, że wykonawca będzie świadczył w projekcie usługi osobiście,
- 3) w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą zaznacza się, że w stosunku do firmy: nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości, nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia,
- 4) nie są powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

IV. INFORMACJA O DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY CELEM POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

- Curriculum Vitae.
- Kopia dyplomu potwierdzającego posiadanie odpowiednich kwalifikacji potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
- Kopie dokumentów przedstawiające staż zawodowy i doświadczenie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
- Wypełniony formularz oferty (załącznik nr 1).
- Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 2).
- Oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 3).
- W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu oraz o braku innych podstaw do wykluczenia z udziału w postępowaniu (załącznik nr 4).

Niezłożenie wyżej wymienionych dokumentów będzie skutkowało odrzuceniem oferty Wykonawcy.

V. TERMIN REALIZACJI UMOWY

Zamówienie będzie realizowane od **stycznia 2018 r. do czerwca 2020 r.**

VI. KRYTERIA OCENY

Jako kryterium wyboru oferty przyjmuje się w niniejszym postępowaniu najkorzystniejszy bilans punktów przyznanych w oparciu o poniższe kryterium:

Kryterium	Waga	Maksymalna ilość punktów jakie może otrzymać oferta za dane kryterium
-----------	------	---



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Cena za 1 h (wartość brutto)	100%	100 punktów
------------------------------	------	-------------

Punkty będą liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

A. Punkty za kryterium „Cena za 1 h” zostaną obliczone według wzoru:

$$\frac{\text{Cena brutto oferty najtańszej}}{\text{Cena brutto oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt.} = \text{liczba punktów w danym kryterium}$$

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów zgodnie ze wzorem. Ze względu na liczbę uczestników/uczestniczek planowanych do objęcia działaniami założonymi w projekcie Zamawiający dopuszcza możliwość dzielenia zamówienia, tzn. powierzenia usługi kilku Wykonawcom z najwyższą liczbą uzyskanych punktów w celu zapewnienia płynności realizacji projektu (w zależności od zadeklarowanej maksymalnej liczby godzin w ofercie). Oferenci, którzy przedłożą ważne oferty, które zostaną uznane za najkorzystniejsze, będą przesłanką do wezwania osób objętych ofertą do podpisania umowy.

VII. ISTOTNE WARUNKI ZMIANY UMOWY

Zamawiający przewiduje możliwość dokonywania istotnych zmian postanowień umowy w zakresie:

- Terminu realizacji umowy;
- Harmonogramu realizacji umowy;
- Ostatecznej liczby UP w ramach umowy;
- Zasad płatności (Zamawiający informuje, że termin płatności wynagrodzenia Wykonawcy uzależniony jest od terminu wpłynięcia na konto Zamawiającego środków przeznaczonych na pokrycie wydatków związanych realizacją projektu na etapie, w którym uczestniczył w nim Wykonawca i może ulegać opóźnieniom);

Wskazane powyżej istotne zmiany postanowień umowy zostaną wprowadzone do umowy pod warunkiem wystąpienia w toku realizacji Projektu okoliczności uzasadniających wprowadzenie zmian w celu należytej realizacji Projektu. Zmiany zostaną wprowadzone w drodze aneksu do umowy bądź zmiany załączników do umowy.

VIII. OSOBA DO KONTAKTU

Osobą wyznaczoną do kontaktu jest Malwina Słowińska - Katolik,
e-mail: malwina.slowinska@akademia-zdrowia.pl, tel. 601-329-928



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

IX. SPOSÓB SPORZĄDZENIA OFERTY

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.
2. Do oferty powinny być dołączone podpisane dokumenty wymienione w punkcie IV niniejszego zapytania.
3. Cena jednostkowa brutto powinna być podana na formularzu stanowiącym załącznik 1.
4. Ofertę wraz z pozostałymi dokumentami należy złożyć w nieprzezroczystej, zabezpieczonej przed otwarciem kopercie. Kopertę należy opatrzyć opisem: **Pielęgniarka/pielęgniarz koordynująca w ramach opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie w Twoim domu”** lub przesłać mailem na adres: malwina.slowinska@akademia-zdrowia.pl

Każdy Wykonawca może przedstawić tylko jedną ofertę. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia zamówienia podwykonawcom.

X. TERMIN ORAZ MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

W przypadku składania oferty osobiście lub pocztą termin wyznaczono na 27 grudnia 2018 r. do godziny 16:00 (w przypadku nadania oferty pocztą liczy się data wpływu).

Ofertę można składać: osobiście lub pocztą: Biuro Projektu „Wsparcie w Twoim domu” w Łodzi, 90-205 Łódź ul. Kilińskiego 21 lub przesłać mailem na adres: malwina.slowinska@akademia-zdrowia.pl



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik 1

FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisana/y:

działając w imieniu i na rzecz.....

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące **prowadzenia przez pielęgniarkę/pielęgniarza działań koordynujących pracę zespołu medycznego zatrudnionego w ramach świadczenia długoterminowej opieki domowej dla 32 uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie w Twoim domu”** składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

.....brutto/ za 1 miesiąc

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji)



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Zał. 2

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/y:
działając w imieniu i na rzecz.....

oświadczam, że jestem/nie jestem* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela
upoważnionego do reprezentacji)

* niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik 3

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y:
działając w imieniu i na rzecz.....

wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z zapytaniem ofertowym dotyczącym **prowadzenia przez pielęgniarkę/pielęgniarza działań koordynujących pracę zespołu medycznego zatrudnionego w ramach świadczenia długoterminowej opieki domowej dla 32 uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie w Twoim domu”** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (zgodnie z Ustawą z 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883 i Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji)



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Zał. 4

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ O BRAKU INNYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej zamówieniem.
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
3. Posiadam zdolność finansową do realizacji przedmiotu zamówienia.
4. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.
5. Posiadam obywatelstwo polskie.
6. Posiadam aktualne prawo do wykonywania zawodu.

Ponadto oświadczam, że:

1. W stosunku do firmy.....nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości.
2. Firma.....nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.
3. Firma..... nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji)