



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 2/2018 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: **świadczenie długoterminowej opieki pielęgniarstwa domowej dla 20 uczestników/uczestniczek** projektu objętych usługami zdrowotnymi w programie.

Projekt „Wsparcie w Twoim domu” skierowany jest do osób niesamodzielnymi, 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 niesamodzielnymi w szczególności opiekunów faktycznych oraz rodziny osób niesamodzielnymi.

### I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie długoterminowej opieki pielęgniarstwa w warunkach domowych. Wsparciem pielęgniarstwa zostanie objętych **20 uczestników/uczestniczek** mieszkańców **Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego tj. Miasta Łódź i powiatu zgierskiego** w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, którzy otrzymali do 60 punktów w skali Barthel i nie przysługują im gwarantowane świadczenie w ramach opieki długoterminowej. Zadanie będzie realizowane od **07 stycznia 2019 roku do 30 czerwca 2020 roku**. Na każdego uczestnika/uczestniczkę objętego/a działaniami przypadać powinny średnio **5 spotkań x 2h/tydzień x 4tyg/m-c x 18m-ce**.

Do zadań pielęgniarstwa/opiekunów opieki długoterminowej domowej należeć będzie:

1. Ustalenie z pacjentem lub jego opiekunem faktycznym i jego rodziną planu opieki w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne.
2. Udzielanie pacjentowi lub jego opiekunowi faktycznemu konsultacji żywieniowo-dietetycznej.
3. Prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej.
4. Wykonywanie zabiegów jednorazowych takich jak: podłączenie kroplówki, wymiana cewnika, wymiana sondy dożołądkowej itp.
5. Wykonywanie czynności zgodnych z planem opieki danego pacjenta (Wykaz świadczeń zdrowotnych i czynności pielęgniarstwa realizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej musi być zgodny z załącznikiem nr 1 do uchwały nr 103/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia



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

katalogu świadczeń zdrowotnych i czynności pielęgniarских i położniczych realizowanych przez pielęgniarkę/położną poz.)

6. Prowadzenie karty wizyt.
7. Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji medycznej.
8. Edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz członków rodziny.
9. Pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym.
10. Pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

**Świadczenia, o których mowa powyżej, będą udzielane poniedziałku do niedzieli w godzinach pomiędzy 8:00 – 22:00.**

## 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 z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe 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 w trakcie tych specjalizacji lub kursów.
    - Pielęgniarka/pielęgniarsz z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe 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 w trakcie tych specjalizacji lub kursów.
  - 2) posiadają aktualne prawo wykonywania zawodu,
- Ponadto:
- 3) posiadają co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe w tym roczne w opiece długoterminowej,
  - 4) posiadają pełną zdolność do czynności prawnych, korzystanie z pełni praw publicznych,



---

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

- 5) 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,
- 6) 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,
- 7) nie są powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi 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:
  - 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, 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**

- a. Curriculum Vitae.
- b. Kopia dyplomu potwierdzającego posiadanie odpowiedniego wykształcenia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
- c. Kopie dokumentów przedstawiające staż zawodowy i doświadczenie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
- d. Wypełniony formularz oferty (załącznik nr 1).
- e. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 2).
- f. Oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 3).
- g. 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 2019 r. do czerwca 2020 r.**



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

## 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
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



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 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](mailto:malwina.slowinska@akademia-zdrowia.pl), tel. 601-329-928

### 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: Świadczenie długoterminowej opieki pielęgniarstwa domowego dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie w Twoim domu ” lub przesłać mailem na adres: [malwina.slowinska@akademia-zdrowia.pl](mailto: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](mailto: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 świadczenia długoterminowej opieki pielęgniarstwa domowej dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie w Twoim domu” składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

.....brutto/ za 1 h zegarową

Oferowane maksymalne zaangażowanie godzinowe w miesiącu:

.....

.....  
(miejscowość, 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

Załącznik 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 świadczenia długoterminowej opieki pielęgniarstwa domowej dla uczestników/uczestniczek projektu „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 Wytocznymi 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)





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 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)