

---

Projekt "Wsparcie u Twego boku 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

## ZAPYTANIE OFERTOWE nr 4/2021 z dnia 21.05.2021 r.

### Zamawiający:

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

W związku z realizacją projektu „Wsparcie u Twego boku 2” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp.k. zaprasza podmioty zainteresowane wykonaniem zadania: : **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie pielęgnacji jako procesu wspierania leczenia osób z niepełnosprawnościami zgodnie z indywidualną ścieżką dla 6 uczestników/uczestniczek projektu.**

Projekt „Wsparcie u Twego Boku 2” skierowany jest do osób niesamodzielnych z niepełnosprawnością z terenu miasta Warszawy i powiatów województwa mazowieckiego<sup>1</sup>, które ze względu na stan zdrowia w tym niepełnosprawność, wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, a także ich otoczenia - w szczególności opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych z niepełnosprawnością.

### I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest **świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie pielęgnacji jako procesu wspierania leczenia osób z niepełnosprawnościami zgodnie z indywidualną ścieżką.** Wsparciem opiekuńczym zostanie objętych 6 uczestników/uczestniczek mieszkańców, którzy otrzymali do 60 punktów w skali Barthel, są osobami z niepełnosprawnościami i nie przysługują im gwarantowane świadczenie w ramach opieki długoterminowej. Zadanie będzie realizowane od **maja 2021 roku do kwietnia 2023 roku.**

Specjalistyczne usługi opiekuńcze obejmować będą:

1. Higienę pacjenta (częściową i całkowitą toaletę ciała, głowy, higiena jamy ustnej, ubieranie i rozbieranie pacjenta, zmiana bielizny pościelowej).
2. Posiłki (przygotowywanie i podawanie posiłków- karmienie i pojenie).
3. Opieka i pielęgnacja (pomoc przy poruszaniu się, pomoc w korzystaniu z toalety, wymiana pampersów, wymiana worka na mocz, wymiana worka stomijnego, pielęgnacja okolic cewnika).
4. Profilaktyka przeciwoodleżynowa.
5. Wsparcie psychiczne.
6. Pomoc z prowadzeniu gospodarstwa domowego.

---

<sup>1</sup> \* Miejscem realizacji projektu jest województwo mazowieckie z uwzględnieniem konkretnych powiatów i gmin: m. Warszawa (Białołęka, Wesoła, Wilanów), warsz.zachodni (Izabelin, Kampinos, Leszno, Łomianki, Ożarów Mazowiecki, Stare Babice), piaseczyński (Góra Kalwaria, Lesznowola, Prażnów, Tarczyn), otwocki (Celestynów, Józefów, Karczew, Kobiel, Osieck, Sobienie-Jeziory), legionowski (Nieporęt, Serock, Wieliszew), pruszkowski (Michałowice, Nadarzyn, Piastów, Raszyn).



---

Projekt "Wsparcie u Twego boku 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

7. Pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, pomoc w dokupywaniu lub zamawianiu leków w aptece, pilnowanie przejmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania.

**Świadczenia, o których mowa powyżej, będą udzielane w wymiarze 6h/tyg, od poniedziałku do niedzieli w godzinach pomiędzy 6:00 – 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 i spełnia łącznie warunki:
  - spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych;
  - posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej;
  - posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania;
  - posiada prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki i minimum 2-letnie doświadczenie zawodowe;
  - posiada ukończony jeden z 3 kursów: rodzinne, opieka długoterminowa, opieka paliatywna specjalizacja w zakresie wsparcia os. niesamodzielných.

Ponadto:

- 2) posiadają pełną zdolność do czynności prawnych, korzystanie z pełni praw publicznych,
- 3) 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,
- 4) 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,
- 5) 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,

---

Projekt "Wsparcie u Twego boku 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

- 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 odpowiednich kwalifikacji 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 **maja 2021 r. do kwietnia 2023 r.**

Projekt "Wsparcie u Twego boku 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 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 celu należytej realizacji Projektu. Zmiany zostaną wprowadzone w drodze aneksu do umowy bądź zmiany załączników do umowy.

---

Projekt "Wsparcie u Twego boku 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

## VIII. OSOBA DO KONTAKTU

Osobą wyznaczoną do kontaktu jest Claudia Łajs,  
e-mail [claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl](mailto:claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl), tel. 737-471-848

## 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 specjalistycznych usług opiekuńczych dla os. z niepełnosprawnościami w ramach opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie u Twego boku 2”** lub przesłać mailem na adres: [claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl](mailto:claudia.lajs@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 29 maja 2021 r. do godziny 24:00 (w przypadku nadania oferty pocztą liczy się data wpływu).

Ofertę można składać: osobiście lub pocztą: Biuro Projektu „Wsparcie u Twego boku 2” w Warszawie na ul. Jana Kazimierza 45/5, lub przesłać mailem na adres: [claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl](mailto:claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl)



Projekt "Wsparcie u Twego boku 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Zał.1

## FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisana/y: .....

działając w imieniu i na rzecz.....

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla os. z niepełnosprawnościami w ramach opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie u Twego boku 2” składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

.....brutto/ za 1 h zegarową

Oferowane maksymalne zaangażowanie godzinowe w miesiącu: .....

.....  
(miejsowość, data)

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

---

Projekt "Wsparcie u Twego boku 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 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:

- 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 (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.

.....  
(miejsowość, data)

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

\* niepotrzebne skreślić

---

Projekt "Wsparcie u Twego boku 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 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 specjalistycznych usług opiekuńczych dla os. z niepełnosprawnościami- uczestników/uczestniczek projektu „Wsparcie u Twego boku 2” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 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 u Twego boku 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 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)