
Projekt „**Wsparcie w Twoim domu 2**” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

ZAPYTANIE OFERTOWE nr 1/2021 z dnia 23.10.2021 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 2**” współfinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, 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 18 uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w programie.**

Projekt „**Wsparcie w Twoim domu 2**” 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 18 uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w programie.

Zadanie będzie realizowane od **listopada 2021 roku do sierpnia 2023 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.

Projekt „Wsparcie w Twoim domu 2” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Zamawiający planuje zatrudnienie Wykonawcy na umowę zlecenie w wymiarze średnio 160 h w miesiącu.

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

III. WYMAGANIA

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy posiadają lub dysponują osobami posiadającymi:

- 1) odpowiednie wykształcenie uprawniające do pracy na stanowisku objętym zapytaniem,
- 2) aktualne prawo wykonywania zawodu,
- 3) zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Ponadto:

- 4) co najmniej 7-letnie doświadczenie zawodowe w tym roczne w opiece długoterminowej,
- 2) pełną zdolność do czynności prawnych, korzystanie z pełni praw publicznych,
- 3) są osobami fizycznymi lub osobami samozatrudnionymi tzn. osobami fizycznymi prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą lub osobami prowadzącymi działalność gospodarczą w której zatrudniają osoby spełniające powyższe warunki,
- 4) w przypadku osób prowadzących 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,
 - 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.

Projekt „Wsparcie w Twoim domu 2” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

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 **listopad 2021 roku do 31 sierpnia 2023 roku**

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)	80%	80 punktów
Doświadczenie zawodowe w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia: 5 pkt – staż pracy 7 lat 10pkt – staż pracy powyżej 7-10 lat 20 pkt – powyżej 10 lat stażu pracy	20%	20 punktów

Punkty będą liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

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

Projekt „Wsparcie w Twoim domu 2” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Cena brutto oferty najtańszej

x 80 pkt. = liczba punktów w danym kryterium

Cena brutto oferty badanej

B. Punkty za kryterium „Doświadczenie zawodowe” zostaną obliczone według wzoru:

Uzyskana liczba punktów badanej oferty

x 20 pkt. = liczba punktów w danym kryterium

Max liczba punktów

UWAGA:

Zamawiający informuje, że dla wyliczenia lat doświadczenia – (okres trwania od data /dzień, m-c, rok/ do data /dzień, m-c, rok/ wykonanej usługi) Zamawiający przyjmie zasadę:

- 1) w przypadku podania tylko lat - np. 2013-2014 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.01.2013r.- 31.12.2014r.
- 2) w przypadku podania miesiąca i roku – np. 04.2013-09.2013 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.04.2013r.-30.09.2013r.

w przypadku podania dokładnego okresu – np. 15.06.2014r. – 28.04.2014r. – Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 15.06.2014r. – 28.04.2014r.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów stanowiącą sumę podanych wyżej kryteriów, zgodnie ze wzorem: punkty za kryterium „cena za 1 h” + punkty za doświadczenie zawodowe.

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:

- a. Terminu realizacji umowy;
- b. Harmonogramu realizacji umowy;
- c. Ostatecznej liczby UP w ramach umowy;
- d. 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

Projekt „Wsparcie w Twoim domu 2” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 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 Izabela Łajs, e-mail: rejestracja@przychodniamalinowa.pl, tel. 42 255 77 00

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 ubruttowione 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: **prowadzenie przez pielęgniarkę/pielęgniara działań koordynujących pracę zespołu medycznego zatrudnionego w ramach świadczenia długoterminowej opieki domowej dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie w Twoim domu 2”**.

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 31 października 2021 r. (w przypadku nadania oferty pocztą liczy się data wpływu do Biura Projektu).

Ofertę można składać:

1. osobiście lub pocztą: Biuro Projektu „Wsparcie w Twoim domu 2” ul. Kilińskiego 21, 90-205 Łódź,
2. mailem na adres: rejestracja@przychodniamalinowa.pl,
3. za pośrednictwem bazy konkurencyjności.

Projekt „**Wsparcie w Twoim domu 2**” 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 nr 1/2021 z dnia 23.10.2021 dotyczące **prowadzenie przez pielęgniarkę/pielęgniarszą działalność koordynującą pracę zespołu medycznego zatrudnionego w ramach świadczenia długoterminowej opieki domowej dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Wsparcie w Twoim domu 2”** składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

..... brutto z narzutem pracodawcy (brutto ubruttowione) / za 1 miesiąc (160 godzin)

.....
(miejscowość, data)

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



Projekt „Wsparcie w Twoim domu 2” 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 podpisa/a/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.

.....
(miejsowość, data)

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

* niepotrzebne skreślić

Projekt „Wsparcie w Twoim domu 2” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik 3

OŚWIADCZENIE

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

wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z zapytaniem ofertowym numer **1/2021 z dnia 23.10.2021 roku dotyczącym prowadzenie przez pielęgniarkę/pielęgniara działań koordynujących pracę zespołu medycznego zatrudnionego w ramach świadczenia długoterminowej opieki domowej dla uczestników/uczestniczek projektu „Wsparcie w Twoim domu 2”** współfinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, (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).

.....
(miejscowość, data)

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

Projekt „Wsparcie w Twoim domu 2” 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)