



CR III 3421/ PCUS/6/2018

Tarnowskie Góry dnia 25.07.2018r.

**Zapytanie ofertowe**  
**na prowadzenie poradnictwa lekarza rehabilitanta**  
**w oparciu o rozeznanie rynku**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
ul. Sienkiewicza 16  
42-600 Tarnowskie Góry

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Kod CPV 85312500-4 usługi rehabilitacyjne
2. Przedmiotem zamówienia jest prowadzenie poradnictwa lekarza rehabilitanta dla uczestników/czek projektu „Powiatowe Centrum Usług Społecznych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, wg poniższej specyfikacji:
  - a) udzielanie specjalistycznych usług dla rodzin przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, u których występuje zagrożenie odseparowaniem dzieci lub które starają się o reintegrację rodziny – poradnictwo w zakresie edukacji i informowania o przebiegu rozwoju fizyczno-ruchowego dzieci w różnym wieku i wskazania możliwości rozwiązania pojawiających się problemów.
  - b) udzielanie specjalistycznych usług dla rodzin zastępczych - poradnictwo w zakresie edukacji i informowania o przebiegu rozwoju fizyczno-ruchowego dzieci w różnym wieku i wskazania możliwości rozwiązania pojawiających się problemów.
  - c) ilość godzin poradnictwa lekarza rehabilitanta – 252: w roku 2018 - 48, w 2019 - 144, w 2020 – 60.
  - d) poradnictwo lekarza rehabilitanta udzielane będzie w budynku Powiatowego Centrum Usług Społecznych w Tarnowskich Górach przy ul. Sienkiewicza 16, 1 raz w tygodniu 3 godziny, w godzinach popołudniowych zgodnie z ustalonym grafikiem.
3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość dokonywania zmian postanowień umowy w zakresie



rocznej ilości godzin do wypracowania w ramach świadczonej usługi.

4. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.
5. Zamawiający za wykonaną usługę dokona płatności miesięcznej na podstawie przedłożonego rachunku/ faktury, zgodnie z zapisami umowy.
6. W celu uniknięcia konfliktu interesów zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanym osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w mieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem 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.

### **III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: wrzesień 2018 r. – maj 2020 r.

### **IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

Oferent powinien stworzyć ofertę do niniejszego zapytania na załączonym formularzu oferty, która:

- a) powinna być sporządzona w języku polskim, w formie pisemnej, na maszynie, komputerze, nieścieralnym atramentem lub długopisem, opatrzona pieczęcią firmową (jeśli dotyczy)
- b) powinna posiadać datę sporządzenia,
- c) powinna być podpisana czytelnie przez Wykonawcę,
- d) musi zawierać szczegółową kalkulację cenową (netto i brutto) za całość usługi oraz w przeliczeniu na 1 godzinę pracy.

### **V. DODATKOWE OŚWIADCZENIA I WYMAGANE DOKUMENTY**

1. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 m-cy przed złożeniem oferty, potwierdzające uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności związanej z przedmiotem zamówienia – jeśli dotyczy.
2. Imienny wykaz osób zaangażowanych do realizacji zamówienia wraz z udokumentowanymi



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny





kwalifikacjami w zakresie przedmiotu zamówienia – dyplom ukończenia studiów wyższych lekarskich oraz specjalizacji z rehabilitacji medycznej.

3. Osoba wskazana do udzielania poradnictwa powinna posiadać co najmniej 3-letni doświadczenie w świadczeniu usług rehabilitacyjnych.
4. Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych z Zamawiającym.

## VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem: poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, 42-600 Tarnowskie Góry, ul. Sienkiewicza 16 w terminie do **02.08.2018 r. do godziny 13.00** (decyduje data wpływu oferty do PCPR).

Oferta powinna być umieszczona w zamkniętej kopercie oznaczonej danymi składającego ofertę oraz nazwą postępowania.

## VII. KRYTERIUM WYBORU OFERTY

**Oferta najkorzystniejsza to taka, która uzyskała największą ilość punktów jako sumę punktów w poniższych kryteriach.**

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty będą brane pod uwagę, następujące kryteria:

### 1) cena – max 80 pkt.

Opis sposobu przyznawania punktacji za spełnienie kryterium cena:

$P_c = (C_{min}/C_c) \times P_{kt\ max}$ , gdzie:

$P_c$  – ilość punktów jakie otrzyma badana oferta za kryterium cena,

$C_c$  – cena brutto oferty badanej

$C_{min}$  – cena minimalna brutto spośród wszystkich badanych ofert,

$P_{kt\ max}$  – maksymalna ilość punktów, jakie można otrzymać za kryterium cena.

### 2) dotychczasowe doświadczenie w świadczeniu usług rehabilitacyjnych: max 20 pkt,

gdzie:

- a) udokumentowane min. 3 – letnie doświadczenie w świadczeniu usług rehabilitacyjnych – 20 pkt,
- b) brak udokumentowanego min. 3–letniego doświadczenia w świadczeniu usług rehabilitacyjnych – 0 pkt.

## VII. DODATKOWE INFORMACJE

Dodatkowych informacji udziela Pani Agnieszka Winkler oraz Pani Janina Lizis pod numerem tel. (32) 381 81 08 lub pod adresem mailowym: [projekty@pcpr.tarnogorski.pl](mailto:projekty@pcpr.tarnogorski.pl)

*Wz. Jochlik*  
**KIEROWNIŁ**  
Działu Rehabilitacji Społecznej  
Osób Niepełnosprawnych  
*Janina*  
mgr **Andrzej Jochlik**