



CR III 3421/TM/18/2017

Tarnowskie Góry dnia 15.11.2018r.

## **Zapytanie ofertowe na prowadzenie terapii EEG Biofeedback**

### **I. ZAMAWIAJĄCY**

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

### **II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

1. Kod CPV 85000000-9 usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej.
2. Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na przeprowadzeniu terapii EEG Biofeedback dla niepełnosprawnych – uczestników i uczestniczek projektu „Teraz MY” współfinansowanego z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, wg poniższej specyfikacji:
  - a) przeprowadzenie diagnozy wstępnej i końcowej dla 4 osób objętych wsparciem,
  - b) przeprowadzenie 80 sesji 50 – cio minutowych, w tym 20 sesji na uczestnika/czkę.
  - c) zapewnienie urządzeń do terapii.
3. Sesje prowadzone będą wg indywidualnego harmonogramu na terenie Warsztatów Terapii Zajęciowej przy Salezjańskim Ośrodku Szkolno – Wychowawczym w Tarnowskich Górach ul. Śniadeckiego 1 w godzinach pracy WTZ.
4. Zamawiający za wykonaną usługę dokona płatności miesięcznej na podstawie przedłożonego rachunku/ faktury, zgodnie z zapisami umowy.
5. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.
6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość dokonywania zmian postanowień umowy w zakresie zmniejszenia liczby uczestników/czek objętych terapią.
7. Otwarcie i ocena ofert następują niezwłocznie po upływie terminu składania ofert określonego w ogłoszeniu.
8. Otwarcie ofert ma charakter jawny i każdy zainteresowany wykonawca może być obecny w trakcie czynności otwarcia ofert.



9. 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: listopad 2018 - kwiecień 2019 r.

Do 14 grudnia będzie do wykonania 12 sesji (3 sesje na osobę).

### **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,
- 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 sesję terapeutyczną oraz diagnozę (jeśli podlega oddzielnej wycenie).

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

- 1. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 m-cy przed złożeniem oferty, potwierdzający uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności związanej z przedmiotem zamówienia – jeśli dotyczy.
- 2. Imienny wykaz osób zaangażowanych do realizacji zamówienia wraz z udokumentowanymi kwalifikacjami w zakresie przedmiotu zamówienia wraz z kopią dyplomu ukończenia I i/lub II stopnia szkolenia w zakresie terapii EEG Biofeedback – kryterium obowiązkowe.
- 3. Potwierdzenie doświadczenia terapeuty wskazanego do prowadzenia terapii w prowadzeniu terapii EEG Biofeedback w postaci kopii 4 referencji, zaświadczeń potwierdzonych za zgodność z oryginałem.



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Śląskie.**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



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 **23.11.2018r. do godziny 10.00.**

#### VII. KRYTERIUM WYBORU OFERTY: 100% cena.

#### VII. DODATKOWE INFORMACJE.

Dodatkowych informacji udziela Pani Agnieszka Winkler pod numerem telefonu 32 381 81 08 bądź mailowo pod adresem [projekty@pcpr.tarnogorski.pl](mailto:projekty@pcpr.tarnogorski.pl).

**DYREKTOR**  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Tarnowskich Górach  
*mgr Klaudia Zysk*



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

