Fundusze Europejskie Program Regionalny | Rzeczpospolita Polska | Śląskie. | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Zabrze, 03.07.2018

# ZAPYTANIE OFERTOWE

**NZOZ PL SANUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** zaprasza do składania ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia na potrzeby realizacji projektu pt. „Jesteś tego warta! Program holistycznej terapii i rehabilitacji dla kobiet z nowotworem piersi"

## Zamawiający

**NZOZ PL SANUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**
**41-800 Zabrze, ul. Wolności 182**
tel. 882 465 768
e-mail: projekt@sanuszabrze.pl

Postępowanie prowadzone jest zgodnie z **zasadą konkurencyjności,** opisaną w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020 na potrzeby projektu pt. „Jesteś tego warta! Program holistycznej terapii i rehabilitacji dla kobiet z nowotworem piersi" dofinansowanego z Funduszy Europejskich w ramach RPO WSL na lata 2014 – 2020, realizowany w ramach osi priorytetowej IX Włączenie społeczne dla działania: 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych – konkurs.

## Przedmiot zamówienia

### 1. Skrócony opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem niniejszego zapytania ofertowego jest wybranie Wykonawcy: LEKARZA SPECJALISTY ONKOLOGA, który poprowadzi konsultacje z pacjentkami na potrzeby realizacji projektu pt. „Jesteś tego warta! Program holistycznej terapii i rehabilitacji dla kobiet z nowotworem piersi."

### 2. Wspólny Słownik Zamówień (kod CPV):

85121000-3 – Usługi medyczne
85121200-5 – Specjalistyczne usługi medyczne

### 3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Konsultacje medyczne lekarza specjalisty onkologa dla 200 kobiet będących po zabiegu chirurgicznym związanym z nowotworem piersi.
Każda pacjentka po 3 konsultacje (łącznie 2,5h), w tym:

- 1 konsultacja trwająca 1h: na etapie włączenia do Programu Kompleksowej Rehabilitacji,
- 2 konsultacja trwająca 0,5h: po 50% zrealizowanego Programu,
- 3 konsultacja trwająca 1h: po zrealizowaniu całości Programu.

Łączna liczba pacjentek: 200 osób
Łączna liczba godzin: **500h**

Obowiązki w ramach konsultacji obejmują: kontakt z pacjentką, analizę dokumentacji medycznej, przygotowanie zaleceń medycznych dla każdej pacjentki m.in. w zakresie zabiegów rehabilitacyjnych, prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, sprawowania nadzoru nad częścią medyczną projektu.

Termin realizacji:
Konsultacje prowadzone w NZOZ PL SANUS Sp. z o.o. w godzinach dogodnych dla uczestniczek (w tym: w tygodniu popołudniami/wieczorami/w soboty – terminy dostosowane do potrzeb uczestniczek projektu) w okresie od podpisania umowy do 30.04.2020.

WYMAGANIA:
- lekarz specjalista onkolog (z wyższym wykształceniem medycznym i ukończoną specjalizacją)

## Warunki udziału w postępowaniu i ocena ofert

1. Do udziału w postępowaniu dopuszczeni są oferenci:
   Dysponujący potencjałem merytorycznym i ekonomicznym do wykonania przedmiotu zamówienia, którzy okażą się dokumentami potwierdzającymi:
   - posiadanie kwalifikacji lekarza-specjalisty onkologa,
   - prawo do wykonywania zawodu,
   - posiadanie polisy OC z oświadczeniem, że na czas trwania umowy posiadać będzie polisę.
2. Wykonawcy, nie spełniający powyższych warunków, zostaną odrzuceni z przyczyn formalnych.
3. Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

| Nr | Kryterium oceny | Waga |
|---|---|---|
| 1. | Cena – ocenie podlega cena brutto w PLN za wykonanie przedmiotu zamówienia. Cena musi zawierać wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia. | 100% |

   a) Cena musi być podana w PLN cyfrowo i musi zawierać podatek VAT/uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją usługi.
   b) Cena podana w ofercie jest wiążąca, w przypadku jej zmiany Zamawiający może odstąpić od współpracy z wybranym Wykonawcą i dokonać ponownego wyboru oferenta.
   c) Jeżeli nie będzie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej, Zamawiający przeprowadzi negocjacje z wybranymi oferentami.
4. Zamawiający może prosić o udzielenia przez oferenta wyjaśnień dot. oferty.
5. Termin związania ofertą wynosi 60 dni.

## Sposób i termin składania ofert

1. Wykonawca musi złożyć ofertę na całość przedmiotu zamówienia.
2. Oferta musi być kompletna, sporządzona według wzoru Formularza oferty stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego. Treść oferty musi odpowiadać treści niniejszego zapytania ofertowego.
3. Oferta powinna być wypełniona w sposób czytelny w języku polskim.

4. Kompletna oferta zawiera 2 strony przygotowane wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego zapytania wraz z kopią dyplomu ukończenia wyższych studiów medycznych, potwierdzeniem posiadanej specjalizacji lekarza onkologa, kopią polisy OC. Rozpatrywane będą wyłącznie kompletne oferty.
5. Ofertę należy dostarczyć w jednej z następujących form:
   a) skan podpisanej oferty przesłać na adres e-mail: projekt@sanuszabrze.pl z dopiskiem OFERTA SPECJALISTA ONKOLOG
   b) listownie na adres: NZOZ PL SANUS Sp. z o. o., 41-800 Zabrze, ul. Wolności 182 p.54; w zamkniętej kopercie z dopiskiem OFERTA SPECJALISTA ONKOLOG
   c) osobiście do biura projektu: 41-800 Zabrze, ul. Wolności 182 p. 54 w zamkniętej kopercie z dopiskiem OFERTA SPECJALISTA ONKOLOG
6. Termin składania ofert upływa 11.07.2018 do godz.15.00 (decyduje data wpływu)
7. Otwarcie ofert jest niejawne. Otwarcie ofert nastąpi dnia 12.07.2018 roku o godz. 09.00 w siedzibie Zamawiającego.
8. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może prosić o wyjaśnienia dotyczące treści oferty.
9. Zamawiający w celu ustalenia, czy oferta zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia, może zwrócić się o udzielenie wyjaśnień dotyczących elementów oferty mających wpływ na wysokość ceny.
10. Zamawiający zastrzega sobie możliwość prowadzenia dalszych negocjacji z wybranym Wykonawcą, także cenowych, m.in. w przypadku złożenia oferty na cenę wyższą niż przewidziana w budżecie Projektu.
11. Ogłoszenie o zapytaniu ofertowym dostępne jest w biurze zamawiającego oraz na stronie internetowej Zamawiającego: www.sanuszabrze.pl, na stronie projektu: www.jestestegowarta.com.pl, w bazie konkurencyjności: www.bazakonkurencyjnosci.funduszeeuropejskie.gov.pl

## Informacje na temat zakresu wykluczenia

1. Z udziału w postępowaniu wyłączone są osoby, które powiązane są z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym w tym 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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa;
   c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
   d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
2. Wykonawca składający ofertę potwierdza brak powiązań.
3. Wykonawcy, którzy nie przedłożą oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia, zostaną odrzuceni z przyczyn formalnych.

## Realizacja przedmiotu zamówienia

1. Zamawiający zleci realizację przedmiotu zamówienia na podstawie zlecenia/umowy w okresie od daty podpisania umowy do 30.04.2020.

2. Zmiany terminu realizacji przedmiotu zamówienia wynikające z potrzeb prawidłowej realizacji Projektu zostanie zgłoszona wybranemu oferentowi w terminie min. 7 dni przed upływem terminu składania ofert.
3. Płatność będzie następowała na postawie wystawionego przez Wykonawcę i dostarczonego do Zamawiającego dokumentu księgowego w terminie 14 dni. Obowiązkiem Wykonawcy jest doręczenie dokumentu Zamawiającemu w terminie 7 dni od daty wystawienia z zastrzeżeniem że niedopełnienie tego obowiązku będzie skutkowało przesunięciem terminu płatności adekwatnie do opóźnienia. Załącznikiem do rachunku będzie wykaz z mmedica odnośnie przyjętych pacjentek.

**Dodatkowe informacje**

1. Pytania do niniejszego zapytania ofertowego należy kierować na adres e-mail: projekt@sanuszabrze.pl lub telefonicznie +48 882 465 768
2. W ramach zamówienia nie ma możliwości składania ofert częściowych.
3. W ramach zamówienia nie ma możliwości składania ofert wariantowych
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo przedłużenia terminu składania ofert oraz unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyny, a także do pozostawienia postępowania bez wyboru oferty.

Wioletta Misiaszek
Wiceprezes Zarządu

.....
(podpis/ pieczęć)

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Lekarska "SANUS" Sp. z o.o.
41-800 Zabrze, ul. Wolności 182
Regon 277553023, NIP 648-23-84-969
KRS 0000006595, tel. 032/ 271-32-61 do 62
Kapitał Zakładowy 50000 zł
(2)

załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

Formularz ofertowy strona 1/2

| DANE OFERENTA | |
|---|---|
| **Nazwa podmiotu:** | |
| **Adres:** | |
| **Telefon:** | |
| **E-mail:** | |
| **NIP:** | |
| **REGON:** | |
| **DYPLOM UKOŃCZENIA WYŻSZYCH STUDIÓW MEDYCZNYCH** | ☐ TAK – w załączeniu kopia dyplomu |
| **SPECJALIZACJA** | ☐ TAK – w załączeniu potwierdzenie posiadanej specjalizacji |
| **POLISA OC** | ☐ TAK – w załączeniu kopia posiadanej polisy. Jednocześnie oświadczam że na czas trwania umowy posiadać będę aktualną polisę OC. |
| **OFERTA CENOWA** | |
| **Oferuję realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z Zapytaniem ofertowym: SPECJALISTA-ONKOLOG** | |
| **W cenie** | ..... PLN netto<br>..... PLN brutto<br>(w tym za 1 h konsultacji.....PLN netto,<br>.....PLN brutto) |

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wykonawcy/pieczęć)

*Projekt pn. „Jesteś tego warta! Program holistycznej terapii i rehabilitacji dla kobiet z nowotworem piersi" jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe ja, niżej podpisany oświadczam, że nie zachodzą okoliczności wyłączające mnie z ubiegania się o zamówienie, w szczególności oświadczam, że:

1. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia.
2. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej niezakłóconą realizację zamówienia.
3. Prowadzę działalność gospodarczą o profilu odpowiadającym zamówieniu.
4. Dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym, organizacyjnym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
5. Nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym - NZOZ PL SANUS Sp. z o.o.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Beneficjentem projektu/Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Beneficjenta/Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu w/w podmiotów 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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa;

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.

6. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (t. j. Dz. U z 2013 r., poz. 907 z późn.zm.).
7. Zapoznałem się z Zapytaniem ofertowym i zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z jego wytycznymi, szczególnie w zakresie aspektów społecznych.

Wioletta Misiaszek
Wiceprezes Zarządu

..... .....
(miejscowość, data) (czytelny podpis Wykonawcy/pieczęć)

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Lekarska "SANUS" Sp. z o.o.
41-800 Zabrze, ul. Wolności 182
Regon 277553023, NIP 648-23-84-969
KRS 0000006595, tel. 032/ 271-32-61 do 62
Kapitał Zakładowy 50000 zł
(2)

Załącznik do oferty:
- kopia: dyplom, polisa OC, potwierdzenie posiadanej specjalizacji

*Projekt pn. „Jesteś tego warta! Program holistycznej terapii i rehabilitacji dla kobiet z nowotworem piersi" jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020*