

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

ZAPYTANIE OFERTOWE nr 4 /2019

Dotyczy:

Wyboru wykonawcy na realizację usług w charakterze Logopedy świadczącego usługi dla pacjentów/pacjentek objętych wsparciem w postaci Kompleksowej Medycznej Opieki Domowej realizowanej w ramach projektu pn. „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

Przedmiotowy projekt realizowany jest w ramach Poddziałania **9.2.3 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – OSI**, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 -2020, a jego realizacja współfinansowana jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Postępowanie jest prowadzone zgodnie z zasadą konkurencyjności określonej w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 z dnia 19 lipca 2017r. wydanych przez Ministerstwo Rozwoju.

Zatwierdzono dnia 05.06.2019

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

1. DANE ZAMAWIAJĄCEGO ORAZ DANE OSOBY DO KONTAKTU:

NZOZ Zespół Medyczo-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, ul. M. Drzymały 9/14, 41-902 Bytom, tel.: 32 289 90 27, adres strony internetowej: <https://abimed.pl/>.

Osobą uprawnioną do kontaktowania się ze strony Zamawiającego w kwestiach merytorycznych i proceduralnych jest Pani **Kamila Kucewicz – Andres**, e-mail: nzozabimed@wp.pl, tel. 502 927 228.

2. SŁOWNICZEK:

Ilekróć w niniejszym zapytaniu jest mowa o:

Wykonawcy – należy przez to rozumieć osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, która ubiega się o udzielenie zamówienia, złożyła ofertę lub zawarła umowę w sprawie zamówienia.

Zamawiającym – należy przez to rozumieć NZOZ Zespół Medyczo-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, z siedzibą w Bytomiu ul. M. Drzymały 9/14.

3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest **wybór wykonawcy na realizację usług w charakterze Logopedy** świadczącego usługi dla pacjentów/pacjentek objętych wsparciem w postaci Kompleksowej Medycznej Opieki Domowej realizowanej w ramach projektu pn.: „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”, nr: WND-RPSL.09.02.03-24-03C4/18-003, którego realizacja współfinansowana jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Informacje ogólne o projekcie w ramach którego zlecona będzie usługa:

Projekt zakłada objęcie bezpłatną kompleksową medyczną opieką domową 70 niesamodzielných (Barthel 0 – 55 pkt) mieszkańców/mieszkanek Bytomia.

Dla każdego pacjenta przyjętego do projektu (w jego domu) zobligowani jesteśmy zorganizować świadczenia które najbardziej są mu potrzebne i doprowadzą do poprawy jego stanu zdrowia tak, by zapobiec trafieniu tego pacjenta do placówki stacjonarnej lub do szpitala.

W ramach projektu pacjent będzie mógł skorzystać m.in. z:

- kompleksowej opieki pielęgniarskiej - wizyty domowe, dyżury weekendowe i stały monitoring stanu zdrowia (opaski telemedyczne);
- wsparcia opiekuna medycznego, pomocy sąsiedzkiej i pomocy wychnieniowej;
- diagnozy i prowadzenia wymaganego leczenia przez lekarza internistę, lekarza rehabilitacji medycznej, psychologa i logopedę;
- prowadzenia stałej rehabilitacji – domowe wizyty rehabilitanta i tarapaty zajęciowego;
- pokrycia kosztów wymaganych konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych i kosztów dojazdu do tych usług;

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

- refundacji kosztów zalecanego dostosowania pomieszczeń do potrzeb osoby niesamodzielnej i kosztów zleconych dla pacjenta usług uzupełniających (m.in. podolog, kosmetyczka, fryzjerka).

Każdy pacjent po przyjęciu do projektu zostanie szczegółowo zdiagnozowany i w ramach projektu zaproponowane zostaną mu bezpłatne świadczenia w zakresie szczegółowo dostosowanym do jego indywidualnych potrzeb, stanu zdrowia i możliwości.

Wsparcie kierowane do danego pacjenta będzie w odpowiedni sposób planowane, koordynowane i realizowane przy stałej współpracy wszystkich członków personelu medycznego.

Projekt realizowany będzie do kwietnia 2022 r.

3.1 Szczegółowy zakres i warunki usługi:

- Świadczenie **usługi w charakterze Logopedy**, Kod CPV: 85000000-9- usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej.

- Wykonywanie usługi zostanie powierzone w **formie umowy zlecenia / zlecenia usługi**.

- Usługi świadczone będą w okresie **lipiec/sierpień 2019 – kwiecień 2022** (tj. przez ok. 34 miesiące).

- **Brak narzuconych stałych dni i godzin pracy**.

- Usługi **świadczone będą w domu pacjenta** zlokalizowanym każdorazowo **na terenie miasta Bytom**.

- Usługi świadczone będą **łącznie dla 70 niesamodzielných** (0-55 pkt w skali Barthel) **mieszkańców /mieszkanek Bytmia**, którzy w ramach projektu zostaną objęci wsparciem w postaci Kompleksowej Medycznej Opieki Domowej.

- **usługa rozliczana będzie w liczbie wizyt logopedycznych zrealizowanych w domu pacjenta**, gdzie 1 wizyta powinna trwać minimum 45 minut.

- **Maksymalna liczba wizyt logopedycznych, którą planuje się zlecić w ramach projektu to 816 wizyt** (co średniomiesięcznie daje ok. 24 wizyty).

Szczegółowa liczba wizyt logopedycznych w danym miesiącu i łączna liczba wizyt przeprowadzonych w projekcie będzie zależała od stanu zdrowia i potrzeb pacjentów/pacjentek obejmowanych Kompleksową Medyczną Opieką Domową, a także dostępności środków projektowych.

UWAGA: Wsparcie projektowe zakłada, że każdy nowoprzyjęty pacjent zostanie zdiagnozowany przez Logopedę w związku z czym, **w pierwszych miesiącach udzielania świadczeń w ramach projektu przewiduje się realizację ok. 36 wizyt diagnozujących**.

- **Cena za wizytę obejmuje koszty dojazdu do pacjenta**.

- Płatność za wykonaną usługę następować będzie na podstawie łącznego protokołu odbioru wykonanych wizyt logopedycznych (będącego podstawą do wystawienia rachunku lub faktury VAT przez Wykonawcę) podpisanego przez obie strony na koniec każdego miesiąca kalendarzowego w którym świadczona będzie usługa.

- Zamawiający zapewni odpowiedni sprzęt wspomagający pracę z pacjentem tj. m.in. urządzenia ułatwiające obracanie i przemieszczanie pacjenta.

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

3.2 Zakres zadań przewidzianych do realizacji na stanowisku Logopedy:

- konsultacja pacjenta po przyjęciu – w sumie 70 pacjentów;
- przeprowadzanie badań logopedycznych z wykorzystaniem różnych narzędzi badawczych w celu ustalenia stanu rozwoju mowy i zaburzeń komunikacyjnych i ustalanie postępowania korekcyjno-terapeutycznego;
- prowadzenie terapii logopedycznej;
- współpraca z całym zespołem terapeutycznym;
- prowadzenie doradztwa logopedycznego;
- trzymywanie właściwych kontaktów z rodzinami pacjentów objętych opieką logopedyczną oraz z członkami zespołu terapeutycznego;
- prowadzenie dokumentacji medycznej;
- udział w naradach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego- raz w miesiącu.

Wykonanie usługi będzie potwierdzone protokołem wskazującym prawidłowe wykonanie zadań, liczbę oraz ewidencję wizyt wykonanych w danym miesiącu kalendarzowym.

3.3 Termin realizacji umowy i termin związania ofertą:

- Umowa na realizację usługi zostanie podpisana w czerwcu 2019 r. a sama usługa realizowana będzie w okresie od **lipiec/sierpień 2019r. do kwiecień 2022r.**
- **Wykonawca pozostaje związany ofertą przez okres 60 dni.** Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert. Wykonawca samodzielnie lub na wniosek Zamawiającego może przedłużyć termin związania ofertą.

4. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

Ofertę należy złożyć na formularzu stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego zapytania wraz z ewentualnymi załącznikami w siedzibie biura projektu przy ul. M. Drzymały 9/14 w Bytomiu lub przesłać na adres e-mail: nzozabimed@wp.pl - w terminie **do dnia 14 czerwca 2019 roku, do godz. 15.00.**

O terminie złożenia oferty, w tym również przesłanej pocztą, decyduje data i godzina wpłynięcia do Zamawiającego.

Oferty złożone po terminie określonym w niniejszym zaproszeniu pozostaną bez rozpatrzenia przez Zamawiającego.

5. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU I WYKLUCZENIA Z MOŻLIWOŚCI REALIZACJI USŁUGI

5.1 O udzielenie zamówienia mogą się ubiegać Wykonawcy, którzy spełniają łącznie poniższe warunki:

5.1.1. Posiadają (wykonawca lub osoba wykonująca zlecenie w imieniu wykonawcy) **wymagane kwalifikacje: tj.** osoba która:

a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

b) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,

c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozp. studia podyplomowe z logopedii,

d) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra.

Ocena spełniania warunku udziału w postępowaniu będzie dokonywana na podstawie oświadczenia Wykonawcy. Treść oświadczenia została zawarta w formularzu oferty stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego dokumentu. Niespełnienie warunku będzie skutkowało wykluczeniem Wykonawcy z postępowania.

Wykonawca jest zobowiązany do przedłożenia kserokopii dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje przed podpisaniem umowy.

5.1.2. Po przyjęciu przedmiotowego zlecenia łączne zaangażowanie zawodowe wykonawcy/osoby wykonującej zlecenie w imieniu wykonawcy w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i funduszu spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł nie przekroczy 276 godzin miesięcznie.

Ocena spełniania warunku udziału w postępowaniu będzie dokonywana na podstawie oświadczenia Wykonawcy. Treść oświadczenia została zawarta w formularzu oferty stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego dokumentu. Niespełnienie warunku będzie skutkowało wykluczeniem Wykonawcy z postępowania.

5.1.3. Wykonawcy, którzy spełniają poniższe warunki formalne:

a) Akceptują treść zapytania bez zastrzeżeń – złożenie oferty jest uważane za akceptację treści zapytania.

b) Posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień, w tym: prowadzą działalność gospodarczą w zakresie objętym zamówieniem (dotyczy Wykonawców prowadzących działalność gospodarczą).

c) Dysponują potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

d) Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

e) Nie podlegają wykluczeniu z ubiegania się o zamówienie określone w niniejszym zapytaniu ofertowym.

5.2. Wykluczenie z możliwości realizacji zamówienia

Z możliwości realizacji zamówienia wykluczone są podmioty powiązane osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub z osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub z osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, w szczególności poprzez:

a) uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

- b) posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
- c) pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) pozostawanie 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.

Ocena czy wykonawca jest powiązany osobowo lub kapitałowo z zamawiającym będzie dokonywana na podstawie oświadczenia Wykonawcy. Treść oświadczenia została zawarta w formularzu oferty stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego dokumentu. Niespełnienie warunku dot. braku powiązań będzie skutkowało wykluczeniem Wykonawcy z postępowania.

6. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

6.1 Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.

6.2 Oferta powinna być złożona na formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 do przedmiotowego zapytania.

6.3 Oferta musi być napisana w języku polskim, na komputerze lub ręcznie długopisem niezmywalnym atramentem.

6.4 Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez osobę (osoby) uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy lub osobę upoważnioną przez te osoby (wtedy do oferty jako załącznik należy dołączyć pełnomocnictwo).

6.5 Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane przez osobę (osoby) podpisującą ofertę.

6.6 **Wykonawca zamieszcza ofertę w kopercie oznaczonej nazwą i adresem Zamawiającego oraz opisanej w następujący sposób: Oferta na usługę medyczną lub skan podpisanej oferty wraz z załącznikami przesyła na adres nzozabimed@wp.pl .**

6.7 Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę wyłącznie przed terminem składania ofert i pod warunkiem, że przed upływem tego terminu Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty. Powiadomienie to musi być opisane w sposób wskazany w pkt 6.6 oraz dodatkowo oznaczone słowami „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.

7. OPIS SPOSOBU OKREŚLANIA CENY

7.1 W ofercie należy podać cenę za **1 wizytę logopedyczną realizowaną w domu pacjenta** (wizyta powinna trwać min. 45 minut).

7.2 Cena podana w ofercie jest **ceną brutto, tj. zawierającą pełny koszt ponoszony przez Zamawiającego**. Oznacza to, że w przypadku firm zawiera podatek VAT, a w przypadku osób fizycznych uwzględnia koszt ubezpieczenia ZUS i podatku dochodowego, konieczny do poniesienia przez Zamawiającego.

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

7.3 Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszym zapytaniu ofertowym oraz obejmować wszelkie koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należnej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia (w tym koszty dojazdu).

7.4 Rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą prowadzone będą w walucie polskiej.

7.5 Cenę oferty należy określać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

7.6 Zamawiający nie przewiduje udzielenia zaliczek na poczet wykonania zamówienia.

7.7 Każdy Wykonawca może podać tylko jedną cenę, oferty z cenami wariantowymi będą odrzucone.

8. OPIS KRYTERIÓW I SPOSOBU OCENY OFERT

8.1 Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie kierować się następującym kryterium i jego znaczeniem oraz w następujący sposób będzie oceniać oferty w ramach tego kryterium:

Kryterium „Cena” – 100 pkt.

8.2 W kryterium „Cena” najwyższą liczbę punktów (100) otrzyma oferta zawierająca najniższą cenę brutto, a każda następna odpowiednio zgodnie ze wzorem:

$$\text{liczba punktów oferty ocenianej} = \frac{\text{cena oferty najniżej skalkulowanej}}{\text{cena oferty ocenianej}} \times 100 \text{ pkt}$$

8.3 W kryterium „Cena”, ocena będzie dokonana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

8.4 Jeżeli nie można dokonać wyboru najkorzystniejszej oferty, ze względu na to, że zostały złożone oferty o takiej samej cenie, zamawiający wezwie wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez zamawiającego ofert dodatkowych. Wykonawcy składając oferty dodatkowe nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych ofertach.

8.5 Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta uzyskała największą liczbę punktów spośród ofert ważnych, złożonych przez Wykonawców niepodlegających wykluczeniu.

9. SPOSÓB POWIADOMIENIA O WYBORZE, WARUNKI PODPISANIA UMOWY, ZASTRZEŻENIA ZAMAWIAJĄCEGO:

9.1 Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający upubliczni informację na ten temat podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko, siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres wykonawcy którego ofertę wybrano i uzasadnienie jej wyboru.

9.2 Ogłoszenia w przedmiotowym postępowaniu (w tym jego wyniki) Zamawiający umieści na stronie internetowej: <http://bazakonkurencyjności.funduszeuropejskie.gov.pl>. Dodatkowo informacja nt. wyboru wykonawców dostępna będzie na stronie internetowej <https://abimed.pl/>.

9.3 O miejscu i terminie podpisania umowy Zamawiający powiadomi wybranego Wykonawcę odrębnym pismem lub telefonicznie.

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

9.4 Dokonanie ewentualnych zmian postanowień umowy, która będzie podpisana z wykonawcą w stosunku do treści oferty na podstawie której dokonano wyboru tego wykonawcy będzie możliwe po uzyskaniu zgody drugiej strony umowy i tylko w zakresie zgodnym z prawem i wytycznymi.

9.5 Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyla się od zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzania ich ponownej oceny.

9.6 Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany warunków lub odwołania zaproszenia do składania ofert oraz prawo do zamknięcia naboru bez wyboru oferty na każdym jego etapie.

9.7 Zamawiający może unieważnić postępowanie w sytuacji gdy m.in.:

- nie złożono żadnej oferty;
- cena najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia;
- wystąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub wykonanie zamówienia nie leży w interesie Zamawiającego;
- postępowanie obciążone jest niemożliwą do usunięcia wadą uniemożliwiającą uzyskanie dofinansowania na realizację zamówienia z budżetu Unii Europejskiej.

10. POZOSTAŁE INFORMACJE

10.1 Do spraw nieuregulowanych w niniejszym zapytaniu ofertowym mają zastosowanie Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020 z dnia 19 lipca 2017 r., wydane przez Ministerstwo Rozwoju.

10.2 Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informujemy, że:

a) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, z siedzibą w Bytomiu ul. M. Drzymały 9/14.

b) We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych należy się kontaktować z Administratorem poprzez e-mail: nzozabimed@wp.pl

c) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia na usługę opieki medycznej świadczonej przez Logopedę dla pacjentów/pacjentek objętych wsparciem w postaci Kompleksowej Medycznej Opieki Domowej realizowanej w ramach projektu pn.: „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”, nr WND-RPSL.09.02.03-24-03C4/18-003, prowadzonym w trybie zasady konkurencyjności na podstawie wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020 z dnia 19 lipca 2017 r. wydanych przez Ministerstwo Rozwoju.

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

d) W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt c odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

- organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;

- inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, z siedzibą w Bytomiu ul. M. Drzymały 9/14.

e) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt c, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

f) W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

g) Posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego);
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

h) Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

Załącznikiem nr 1 do niniejszego dokumentu jest Formularz ofertowy

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Zamawiającego

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO

FORMULARZ OFERTOWY

.....
.....
/nazwa i adres Wykonawcy/
.....
.....

/osoba do kontaktu, telefon, e-mail/
.....

.....
/miejsowość i data/

OFERTA

Do: **NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Iłona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska**, ul. M. Drzymały 9/14, 41-902 Bytom.

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr 4/2019, dotyczące realizacji usług w charakterze Logopedy świadczącego usługi dla pacjentów/pacjentek objętych wsparciem w postaci Kompleksowej Medycznej Opieki Domowej realizowanej w ramach projektu pn.: „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”, **zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia za**

cenę brutto* za 1 wizytę logopedyczną realizowaną w domu pacjenta (min.45 minut)

w wysokości zł.

** cena brutto tj. cena zawierającą pełny koszt ponoszony przez Zamawiającego. Oznacza to, że w przypadku firm zawiera podatek VAT, a w przypadku osób fizycznych uwzględnia koszt ubezpieczenia ZUS i podatku dochodowego, konieczny do poniesienia przez Zamawiającego.*

Ponadto oświadczam, iż Wykonawca, którego reprezentuję spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w punkcie 5 Zapytania ofertowego nr 4/2019, w tym (každorazowo w części tak... /nie należy podkreślić prawidłowe):

1. Oświadczam, iż Wykonawca/osoba skierowana do wykonania zlecenia posiada wymagane kwalifikacje tj.: osoba która:

- a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
- b) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
- c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozp. studia podyplomowe z logopedii,
- d) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra.

Projekt „Wsparcie dla niesamodzielných mieszkańców Bytomia w zakresie kompleksowych usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta”

Tak Wykonawca posiada wymagane kwalifikacje \ Nie

2. Oświadczam, iż po przyjęciu przedmiotowego zlecenia łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i funduszu spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł moje jako wykonawcy/osoby skierowanej do wykonania zlecenia nie przekroczy 276 godzin miesięcznie.

Tak łączne zaangażowanie zawodowe Wykonawcy nie przekroczy 276 h mies. \ Nie

3. Oświadczam, iż Wykonawca nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.

Tak Wykonawca nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym \ Nie

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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,*
- 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.*

4. Oświadczam, iż Wykonawca spełnia wszystkie warunki formalne określone w punkcie 5.1.3. zapytania ofertowego nr 4/2019.

Tak Wykonawca spełnia wszystkie warunki formalne określone w punkcie 5.1.3 \ Nie

5. Oświadczam, iż znana mi jest treść Zapytania Ofertowego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.

Tak akceptuję treść zapytania ofertowego bez zastrzeżeń \ Nie

6. Do oferty załączam następujące załączniki (w sytuacji załączania do formularza ofertowego załączników należy poniżej kolejno je wymienić z nazwy i wskazać liczbę stron danego załącznika) :

- 1.
- 2.

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy