(pieczęć zamawiającego)

…...................................................

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**udzielania zamówień publicznych**

**o wartości nie przekraczającej**

**kwoty 30 000euro**

Bodzanów, dnia 02.01.2019 r.

Znak sprawy: GOPS.20.200/ 1/ 2019

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**udzielenie zamówienia w trybie art. 4 pkt. 8 ustawy – Prawo zamówień publicznych**

**I. Zamawiający:** Gmina Bodzanów z siedzibą w Urzędzie Gminy Bodzanów, ul. Bankowa 7, 09-470 Bodzanów

**zaprasza do złożenia oferty na:**

**„Świadczenie usług rehabilitacyjnych na rzecz osób 60 plus przez fizjoterapeutę w Dziennym Domu „Senior +” w Stanowie w 2019 roku.”**

**II. Opis przedmiotu zamówienia**

* 40 godzin usług rehabilitacyjnych w miesiącu (10 godzin tygodniowo, min. 2 spotkania w tygodniu po 5 godzin)
* Przez 12 m-cy w roku,
* Umiejętność pracy w zespole i umiejętność podejmowania samodzielnych decyzji
* Dyspozycyjność i sumienność

**Za użycie zaplanowanej godziny usługi należy rozumień 60 minut.**

**Grupa docelowa**: uczestnicy Dziennego Domu” Senior+” w Stanowie.

20 osób – uczestnicy Dziennego Domu” Senior+” w Stanowie.

**Zadania -** które będą prowadzone w Dziennym Domu „Senior+”w Stanowie:

* przygotowanie i wykonanie zabiegów fizykoterapii w celu eliminowania stanów chorobowych i dolegliwości u uczestnikówDomu Dziennego Pobytu SENIOR-WIGOR w Stanowie. wg wydanych skierowań od lekarza
* samodzielne dobieranie zabiegów fizykoterapii wg potrzeb uczestników

**Kryterium wyboru oferty**:

1.Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się kryteriami:

**1) Cena – C - 90 %**

**2)Doświadczenie zawodowe - 10 %**

1)Kryterium: Cena - C

Kryterium "Cena" będzie rozpatrywane na podstawie ceny brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia, podanej przez Wykonawcę w formularzu Ofertowym.

Zamawiający przyzna punkty wg następującego wzoru:

C = minC /oC x 90 pkt = ............... pkt

gdzie:

C min - cena brutto oferty najniższej

Co- cena brutto oferty oferowanej

2) Doświadczenie zawodowe w pracy z osobami (60 +) maksymalnie 10 pkt.wg poniższego liczone w pełnych latach - D

3 - 4 lata – 0 pkt

4 - 5 lata – 5 pkt

5 lat i powyżej - 10 pkt

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z największą ilością punktów, stanowiących sumę punktów przyznanych w każdym kryterium z uwzględnieniem wagi procentowej danego kryterium, obliczonych wg. wzoru:

P = C + D

gdzie:

C – liczba punktów przyznana ofercie ocenianej w kryterium „Cena”

D - liczba punktów przyznana ofercie ocenianej w kryterium „Doświadczenie zawodowe”

Punkty będą zaokrąglane do dwóch miejsc po przecinku.

**Wymagania**:

1. Wykształcenie średnie lub wyższe o kierunkachfizjoterapia

2. Co najmniej 3 letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie fizjoterapeutaw pracy z osobami 60 +

**Do oferty należy dołączyć:**

1. Formularz cenowo-ofertowyzał. Nr 1
2. Oświadczenie wykonawcy zał. nr 2
3. Wykaz osób – Załącznik nr 3 wraz z kserokopią dokumentu potwierdzającego wymagane kwalifikacje zawodowe
4. Oświadczenie, że oferent wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2016 poz.922 )

w celach przeprowadzenia naboru.

1. Kopia opłaconej polisy OC

**Sposób przygotowania oferty:**

1.Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej.

2.Oferta powinna być podpisana przez osobę upoważnioną.

3.Ofertę należy złożyć w zaklejonej kopercie z napisem

**„Świadczenie usług rehabilitacyjnych na rzecz osób 60 plus przez fizjoterapeutę w Dziennym Domu „Senior +” w Stanowie w 2019 roku”.**

**III. Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcą oraz   
 przekazywania oświadczeń i dokumentów.**

Wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy mogą przekazywać pisemnie.

**IV. Osoby po stronie Zamawiającego uprawnione do porozumiewania się z Wykonawcą**

Osobą uprawnioną do kontaktowania się z Wykonawcami i udzielania wyjaśnień dotyczących postępowania jest Pani Bogusława Bartczak tel. 24/260-70-06 wew. 143

**V. Miejsce składania ofert**

**Ofertę cenowo - ofertową należy złożyć w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej Bodzanowie,ul. Bankowa 7 09-470 Bodzanów**

**w terminie do dnia 08.01.2019 r. do godz. 12.00**

**VI. Opis sposobu obliczania ceny**

1.Na załączonym formularzu cenowo-ofertowym, należy przedstawić cenę ofertową brutto  
za wykonanie przedmiotu zamówienia.

2.Wartość cenową należy podać cyfrą w złotych polskich – z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku oraz słownie.

3.Cena powinna zawierać wszelkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.

4.Wszelkie rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą odbywać się będą w złotych polskich.

Załączniki:

1. Formularz ofertowo-cenowy – zał. nr 1 do Zapytania Ofertowego

2.Oświadczenie wykonawcy zał. nr 2 do Zapytania Ofertowego

3. Wykaz osób – Załącznik nr 3

**Załącznik Nr 1 do Zapytania Ofertowego**

............................................................................

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

NIP: ....................................................

REGON:.............................................

tel.: .....................................................

fax: .....................................................

adres e – mail: ....................................

**FORMULARZ CENOWO - OFERTOWY**

**Zamawiający:**

**Gmina Bodzanów**

**ul. Bankowa 7**

**09-470 Bodzanów**

**NIP 774 32 11 034**

W odpowiedzi na zapytanie ofertoweprowadzone w oparciu o art. 4 pkt. 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych /tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 z póź zm./ na:

**„Świadczenie usług rehabilitacyjnych na rzecz osób 60 plus przez fizjoterapeutę w Dziennym Domu „Senior+” w Stanowie w 2019 roku.”**

/nazwa zadania/

Ja/My, niżej podpisany/i, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Oferujemy świadczenie usług terapii za okres12 miesięcy za kwotę:

Brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł

/słownie brutto/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Przy czymcena świadczenia usługi terapii za 60 min:

Brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł

/słownie brutto/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Okres doświadczenia zawodowego wynosi: …………………………..lat

1. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie – 10.01.2019 do 31.12.2019 r.
2. Oświadczamy, iż zamówienie wykonamy zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia.

.....miejscowość i data **/Podpis i pieczęć osoby upoważnionejdo podpisywania oferty/**

**Załącznik Nr 2 do Zapytania Ofertowego**

**OŚWIADCZENIE**

**Ja niżej podpisany/podpisana**

………………………………………………………………………………………

**(imię i nazwisko)**

**~~PESEL:~~**~~…………………...…….~~

**~~NIP:~~**~~………………………………~~

**zamieszkały:** ………………………………………………………………………..

**prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą**

………………………………………………………………………………………

**na podstawie wpisu do** ………………………………………………………………..

….................................................................................................................................

...........................……………………………………………………………………..

**miejsce prowadzenia działalności** ……………………………………………………………

niniejszym informuję, że w stosunku do mnie: nie otwarto likwidacji oraz nie ogłoszono upadłości.

......................................................

miejscowość i data ..................................................................................

/Podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
do podpisywania oferty/

**Załącznik Nr 3 do Zapytania Ofertowego**

**Wykaz osób**

**KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ WYKONYWANIU ZADANIA**

Nazwa Wykonawcy …………………………………………………………………............

Adres Wykonawcy .................................................................................................................

Numer tel./fax ........................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Nazwisko i  imię | Kwalifikacje zawodowe- | Doświadczenie zawodowe w latach | Informacja o  podstawie do  dysponowania  osobami (np.  umowa o  pracę, umowa o dzieło)\*  o |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, iż osoba wskazana w wykazie posiada wymagane przez Zamawiającego kwalifikacje zawodowe.

**\*niepotrzebne skreślić**

data: ..................................

**Podpis:**

(upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)