

## Zapytanie ofertowe nr 5 /2018 z dnia 19 czerwca 2018 r.

### Zamawiający:

Biuro Projektu „Świętokrzyskie dla aktywnych”  
Akademia Zdrowia Izabela Łajs, 25-516 Kielce, al. IX Wieków Kielc 8 lok. 24  
tel. 41 3680066 | e-mail: kielce@akademia-zdrowia.pl

W związku z realizacją projektu „Świętokrzyskie dla aktywnych” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejski Fundusz Społeczny Akademia Zdrowia Izabela Łajs zaprasza do złożenia ofert podmioty zainteresowane wykonaniem zadania:

### zakup i dostawę podręczników do nauki zawodu

Projekt skierowany jest do 194 osób dorosłych (167 K, 27 M), w tym 98 osób (minimum 50% należących do co najmniej jednej z poniższych grup: osoby w wieku 50 lat i więcej, osoby nisko wykwalifikowane chcących nabyć kwalifikacje i/lub kompetencje istotne na rynku pracy.

### I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia są podręczniki do nauki zawodu o następujących tytułach i ilościach:

tytuł	autor	Ilość (szt.)
Podstawy fryzjerstwa	Teresa Kulikowska-Jakubik, Małgorzata Richter	24
Nowe fryzjerstwo podstawy techniki	Magdalena Jałowiec Sawicka	24
Kosmetyka stosowana podręcznik	Dylewska-Grzelakowska Joanna	30
Makijaż	Małgorzata Rajczykowska	30
Masaż – teoria i praktyka	Monika Gwardzik	20

Atlas anatomiczny	Abrahams Peter	20
Świat florystyki – sztuka układania	Agnieszka Zakrzewska	20
ABC florystyki	Anna Nizińska	20
Żywnie człowieka zdrowego i chorego	Ciborowska Helena, Rudnicka Anna	20
Dietetyka i żywienie kliniczne	Anne Payne, Helen Barker	20
ABC Asystentki	Anna Szewczyk	20
Profesjonalna sekretarka	John Spencer , Adrian Pruss	20
Kadry i płace, ujęcie prawne i praktyczne	Biernacki Michał, Kasperowicz Anna	20
Dokumentacja czasu pracy. Wyjaśnienia, obliczenia	Łukasz Prasolek	20
Opieka nad osobami starszymi	Mateusz Cybulski ,Elżbieta Krajewska-Kułak	20
Opieka nad osobami przewlekle chorymi w podeszłym wieku	Talarska Dorota	20
Profesjonalna recepcja w usługach medycznych	Magdalena Szumska	20
Dokumentacja medyczna i dane osobowe pacjentów	Iwona Jeleń	20

Termin realizacji zapytania: do końca czerwca 2018 r. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

- II. **KOD PVC - 22111000-1 podręczniki szkolne**  
III. **Termin realizacji zamówienia: do 7 lipca 2018 r.**  
IV. **WYMAGANIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Wszystkie materiały będące przedmiotem umowy muszą być fabrycznie nowe, w oryginalnych opakowaniach producenta.
2. Zamówienie obejmuje również transport rzeczy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego i rozładunek rzeczy we wskazane miejsce.
3. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania usługi w ciągu 7 dni od dnia podpisania umowy z Zamawiającym.
4. Płatność za wykonaną usługę następuje w terminie 7 dni od dnia dostarczenia wszystkich zamówionych pozycji, na podstawie faktury dostarczonej do Zamawiającego.

V. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

1. Osoby zainteresowane złożą ofertę na formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 do zapytania.
2. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu określone w załączniku nr 4.
3. Oferenci nie są powiązani kapitałowo i osobowo z Zamawiającym – załącznik nr 2.
4. Nie złożenie wyżej wymienionych dokumentów będzie skutkowało odrzuceniem oferty Wykonawcy.

VI. **KRYTERIA OCENY**

1. **Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert**

<b>L.p.</b>	<b>Kryterium wyboru</b>	<b>Znaczenie (waga) kryterium</b>
1	Cena ( C )	100%

2. **Sposób przyznawania punktacji za spełnienie kryterium**

a) **Sposób wyliczenia punktów w kryterium ceny ( C )**

(kryterium ceny odnosi się do każdej pozycji będącej przedmiotem zapytania ofertowego )

$$C = (C_{\min} / C_b \times 100) \times 100 \%$$

gdzie:

C- ilość punktów w kryterium ceny, zaokrąglonych do dwóch miejsc po przecinku

C min - wartość brutto o najniższej wartości (najniższej cenie)

C b - wartość brutto oferty badanej

## VII. ISTOTNE WARUNKI ZMIANY UMOWY

Zamawiający przewiduje możliwość dokonywania istotnych zmian postanowień umowy w zakresie:

- a. Terminu realizacji umowy;
- b. Zasad płatności (Zamawiający informuje, że termin płatności wynagrodzenia Wykonawcy uzależniony jest od terminu wpłynięcia na konto Zamawiającego środków przeznaczonych na pokrycie wydatków związanych realizacją projektu na etapie, w którym uczestniczył w nim Wykonawca i może ulegać opóźnieniom);

Wskazane powyżej istotne zmiany postanowień umowy zostaną wprowadzone do umowy pod warunkiem wystąpienia w toku realizacji Projektu okoliczności uzasadniających wprowadzenie zmian w celu należytej realizacji Projektu. Zmiany zostaną wprowadzone w drodze aneksu do umowy bądź zmiany załączników do umowy.

## VIII. OSOBA DO KONTAKTU

Osobą wyznaczoną do kontaktu jest p. Malwina Słowińska-Katolik, tel. 601 329 928, e-mail: malwinaslowinska@wp.pl

## IX. SPOSÓB SPORZĄDZENIA OFERTY

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.
2. Cena jednostkowa netto i brutto powinna być podana na formularzu stanowiącym załącznik 1.

## X. TERMIN ORAZ MIEJSCE SKŁADANIA OFERTY

Ofertę można składać:

1. osobiście lub pocztą: Biuro Projektu „Świętokrzyskie dla aktywnych” w Kielcach, 25-516 Kielce, ul. IX Wieków Kielc 8/24,
2. mailem na adres: malwinaslowinska@wp.pl do dnia do 27.06.2018 r. do godziny 16.00.

Załącznik 1

## FORMULARZ OFERT

Ja niżej podpisana/y: .....

działając w imieniu i na rzecz.....

składam ofertę:

Nazwa podręcznika	Ilość	CENA BRUTTO ZA 1 SZT.	CENA BRUTTO ŁĄCZNIE
Podstawy fryzjerstwa			
Nowe fryzjerstwo podstawy techniki			
Kosmetyka stosowana podręcznik			
Makijaż			
Masaż – teoria i praktyka			
Atlas anatomiczny			
Świat florystyki – sztuka układania			
ABC florystyki			
Żywienie człowieka zdrowego i chorego			
Dietetyka i żywienie kliniczne			
ABC Asystentki			
Profesjonalna sekretarka			
Kadry i płace, ujęcie prawne i praktyczne			

Dokumentacja czasu pracy. Wyjaśnienia, obliczenia			
Opiekun nad osobami starszymi			
Opieka nad osobami przewlekle chorymi w podeszłym wieku			
Profesjonalna recepcja w usługach medycznych			
Dokumentacja medyczna i dane osobowe pacjentów			

.....  
miejsowość, data

.....  
własnoręczny podpis

Załącznik 2

## OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a) .....

**oświadczam, że jestem/nie jestem\*** powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. 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;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....  
.....

miejsce, data

własnoręczny podpis

\* niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany (a) .....  
wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z zapytaniem ofertowym dotyczącym **zakupu i dostawy podręczników do nauki zawodu** dla uczestniczek/ uczestników projektu „Świętokrzyskie dla aktywnych” współfinansowanego ze środków ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (zgodnie z art. 6 ust 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016,679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. i Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).

.....  
miejsowość, data

.....  
własnoręczny podpis



Zał. 4

## OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ O BRAKU INNYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej zamówieniem.
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym.
3. Posiadam zdolność finansową do realizacji przedmiotu zamówienia.

Ponadto oświadczam, że:

1. W stosunku do firmy ..... nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości.
2. Firma ..... nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.
3. Firma.....nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

.....  
miejsowość, data

.....  
własnoręczny podpis