**ZAPYTANIE OFERTOWE nr 14/2017 z dnia 9 lutego 2017 r.**

**Zamawiający:**

|  |
| --- |
| Biuro Projektu „Pomocna Dłoń”Akademia Zdrowia Izabela Łajs, 90-205 Łódź ul. Kilińskiego 21tel. 42 255 77 00/01 | e-mail: pomocnadlon@akademia-zdrowia.pl |

W związku z realizacją projektu „Pomocna Dłoń” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 Akademia Zdrowia Izabela Łajs zaprasza do złożenia ofert podmioty zainteresowane wykonaniem zadania: przeprowadzenie zajęć w ramach kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych MODUŁ TRZECI STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA. STANY NAGŁE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII - DRUGI RODZAJ WSPARCIA OUTPLACEMENTOWEGO.

Projekt „Pomocna Dłoń” skierowany jest do osób, które utraciły pracę z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu, albo są pracownikami przewidzianymi lub zagrożonymi zwolnieniem z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie zajęć w ramach kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych MODUŁ TRZECI STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA. STANY NAGŁE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII.

Program MODUŁU TRZECIEGO STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA. STANY NAGŁE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII:

1. Krwotok i wstrząs krwotoczny; powikłania krwotoków położniczych i wstrząsu krwotocznego: Krwotok (3godz.); Wstrząs krwotoczny (2 godz.)

2. Stany zagrożenia życia przebiegające z krwotokiem z dróg rodnych w I/III trymestrze ciąży:

Poronienie (1 godz.); Ciąża pozamaciczna (1 godz.);Ciążowa choroba trofoblastyczna (1 godz.)

3. Stany zagrożenia życia przebiegające z krwotokiem z dróg rodnych w II i III trymestrze ciąży

i śródporodowo: Przedwczesne oddzielenie łożyska prawidłowo usadowionego (2 godz.);

Łożysko przodujące (2 godz.)

4. Czynniki ryzyka krwotoku poporodowego (6 godz..)

5. Stany zagrożenia życia bez krwotoku: Nadciśnienie w ciąży (PIH) (2 godz.); Stan przedrzucawkowy i rzucawka (3 godz.)

6. Zespół HELLP (2 godz.)

7. Zator płynem owodniowym (1 godz.)

8. Zator powietrzny w trakcie cięcia cesarskiego (1 godz.)

9. Zator tętnicy płucnej (2 godz.)

10. Zespół Mendelsona ( ZM) (1godz.)

11. Nagłe zatrzymania krążenia (NZK) u kobiety ciężarnej (2 godz.)

12. Wstrząs septyczny (3 godz.)

**Zajęcia w ramach modułu trzeciego odbywać się będą od 19 lutego 2017 r. do czerwca 2017 r.** w biurze projektu, mieszczącym się w Łodzi, przy ulicy Kilińskiego 21. Zamawiający zastrzega, że zajęcia powinny odbywać się w weekendy lub dodatkowo w piątek. Planowana liczba uczestników/uczestniczek zajęć to około 10 osób. Zamawiający zastrzega, że liczba uczestników może ulec zmianie, o czym Wykonawca niezwłocznie zostanie poinformowany.

Wykonawca w ramach realizacji zamówienia zobowiązany jest do:

1. Prowadzenia dziennika zajęć
2. Listy obecności na wzorach dostarczonych przez Zamawiającego
3. Uczestnictwo w egzaminie wewnętrznym końcowym,
4. Informowania Zamawiającego o przebiegu realizacji zajęć i obecności uczestników,
5. Przeprowadzenia ankiet ewaluacyjnych dostarczonych przez Zamawiającego.

Wszystkie powyższe wymogi winne zostać zrealizowane i zapewnione w ramach kwoty brutto za 1 h szkolenia podanej w ofercie. Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia ofert częściowych na prowadzenie poszczególnych podmodułów.

1. **Kod CPV: 80320000-3 Usługi edukacji medycznej**
2. **WYMAGANIA**

Ze względu na wymogi ministerialne określone w programie kurs kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych o udzielenie zamówienia ubiegać się mogą Wykonawcy, którzy:

1. mają nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie i doświadczenie dydaktyczne oraz spełniające co najmniej jeden z warunków:
* pielęgniarka posiadająca tytuł magistra pielęgniarstwa i ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
* pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
* położna posiadająca tytuł magistra położnictwa, magistra pielęgniarstwa i ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
* lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.
1. są osobami fizycznymi lub osobami samozatrudnionymi tzn. osobami fizycznymi prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą, przy czym zaznacza się, że wykonawca będzie  świadczył w projekcie usługi osobiście,
2. posiadają aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych, prowadzonego przez Wojewódzki Urząd Pracy właściwy dla siedziby instytucji szkoleniowej- w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą,
3. w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą zaznacza się, że w stosunku do firmy: nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości, nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia,
4. nie są powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związanych 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, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

1. **INFORMACJA O DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY CELEM POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**
	1. Curriculum Vitae.
	2. Kopia dyplomu potwierdzającego posiadanie odpowiedniego wykształcenia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
	3. Kopie dokumentów przedstawiające staż zawodowy i doświadczenie dydaktyczne, dotyczące potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
	4. Wypełniony formularz oferty (załącznik nr 1).
	5. Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia kursów w zakresie opisanym w pkt I (załącznik nr 2).
	6. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 3).
	7. Oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 4).
	8. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu oraz o braku innych podstaw do wykluczenia z udziału w postępowaniu (załącznik nr 5).

Niezłożenie wyżej wymienionych dokumentów będzie skutkowało odrzuceniem oferty Wykonawcy.

1. **TERMIN REALIZACJI UMOWY**

**Zajęcia w ramach modułu trzeciego odbywać się będą od 19 lutego 2017 r. do czerwca 2017 r.**

1. **KRYTERIA OCENY**

Jako kryterium wyboru oferty przyjmuje się w niniejszym postępowaniu najkorzystniejszą cenę brutto za 1 h zajęć.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Waga** | **Maksymalna ilość punktów jakie może otrzymać oferta za dane kryterium** |
| Cena za 1 h (wartość brutto) | 100% | 100 punktów |

1. **ISTOTNE WARUNKI ZMIANY UMOWY**

Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany terminu realizacji kursu, w tym modułu trzeciego.

1. **OSOBA DO KONTAKTU**

Osobą wyznaczoną do kontaktu jest Anna Orpel specjalista do spraw nadzoru merytorycznego kursów, tel. 669 50 52 50, e-mail: anna.orpel@gmail.com

1. **SPOSÓB SPORZĄDZENIA OFERTY**
2. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.
3. Do oferty powinny być dołączone podpisane dokumenty wymienione w punkcie IV niniejszego zapytania.
4. Cena jednostkowa brutto powinna być podana na formularzu stanowiącym załącznik 1.

Zamawiający nie dopuszcza możliwości złożenia oferty częściowej. Każdy Wykonawca może przedstawić tylko jedną ofertę. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia zamówienia podwykonawcom.

1. **TERMIN ORAZ MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

W przypadku składania oferty osobiście lub pocztą termin wyznaczono na 17 lutego 2017 r. do godziny 12:00 (wiążąca jest data wpływu oferty do biura projektu). W przypadku wpływu ofert mailem lub faksem termin składania ofert wyznaczono na 17 lutego 2017 r. do godziny 12:00.

Ofertę można składać:

1. osobiście lub pocztą: Biuro Projektu „Pomocna Dłoń” w Łodzi, 90-205 Łódź ul. Kilińskiego 21,
2. mailem na adres: anna.orpel@gmail.com

Zał.1

**FORMULARZ OFERTY**

Ja, niżej podpisana/y: ………………………………………………………………………..……………………………………

działając w imieniu i na rzecz…………………………………………………………………………………….………….…

 (wypełnić w przypadku firmy)

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące przeprowadzenia zajęć w ramach kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych MODUŁ TRZECI STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA. STANY NAGŁE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII składam niniejszą ofertę

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia: …………………………………………zł brutto/1 h

a także wyrażam gotowość do poprowadzenia zajęć w ramach następujących podmodułów:

1. Krwotok i wstrząs krwotoczny; powikłania krwotoków położniczych i wstrząsu krwotocznego [ ]  Tak [ ]  Nie

2. Stany zagrożenia życia przebiegające z krwotokiem z dróg rodnych w I/III trymestrze ciąży

Poronienie [ ]  Tak [ ]  Nie

3. Stany zagrożenia życia przebiegające z krwotokiem z dróg rodnych w II i III trymestrze ciąży

i śródporodowo[ ]  Tak [ ]  Nie

4. Czynniki ryzyka krwotoku poporodowego [ ]  Tak [ ]  Nie

5. Stany zagrożenia życia bez krwotoku[ ]  Tak [ ]  Nie

6. Zespół HELLP [ ]  Tak [ ]  Nie

7. Zator płynem owodniowym [ ]  Tak [ ]  Nie

8. Zator powietrzny w trakcie cięcia cesarskiego [ ]  Tak [ ]  Nie

9. Zator tętnicy płucnej [ ]  Tak [ ]  Nie

10. Zespół Mendelsona ( ZM) [ ]  Tak [ ]  Nie

11. Nagłe zatrzymania krążenia (NZK) u kobiety ciężarnej [ ]  Tak [ ]  Nie

12. Wstrząs septyczny [ ]  Tak [ ]  Nie

…………………………………….. ……………………………………….

miejscowość, data własnoręczny podpis

Zał.2

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO Z PROWADZENIA SZKOLEŃ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematyka przeprowadzonych szkoleń** | **Liczba godzin****szkoleniowych** | **Liczba uczestników, krótka charakterystyka grupy** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………….. ……………………………………….

miejscowość, data własnoręczny podpis

Zał. 3

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………..…………

działając w imieniu i na rzecz…………………………………………………………………………………….………….…

 (wypełnić w przypadku firmy)

**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.

…………………………………….. ……………………………………….

miejscowość, data własnoręczny podpis

\* niepotrzebne skreślić

Zał. 4

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany ………………………………………………………………………………………………………………….

działając w imieniu i na rzecz…………………………………………………………………………………….………….…

 (wypełnić w przypadku firmy)

wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w związku z zapytaniem ofertowym dotyczącym przeprowadzenia zajęć w ramach kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych MODUŁ TRZECI STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA. STANY NAGŁE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII w ramach projektu „Pomocna Dłoń” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (zgodnie z Ustawą z 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883 i Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 ).

…………………………………….. ……………………………………….

 miejscowość, data własnoręczny podpis

Zał. 5

**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.
4. Firma ……………………………………………………………………………………………….. posiada aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych, prowadzonego przez Wojewódzki Urząd Pracy właściwy dla siedziby instytucji szkoleniowej.

…………………………………….. ……………………………………….

 miejscowość, data własnoręczny podpis