**ZAPYTANIE OFERTOWE nr 3/2016 z dnia 24 listopada 2016 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 jednej części zajęć w ramach kwalifikacyjnego kursu zawodowego kwalifikacja Z.4 „ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH OSOBIE CHOREJ I NIESAMODZIELNEJ” w zawodzie OPIEKUN MEDYCZNY dla 25 UP- 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: „Opieka nad osobą chorą i niesamodzielną” w ramach kwalifikacyjnego kursu zawodowego kwalifikacja Z.4 „ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH OSOBIE CHOREJ I NIESAMODZIELNEJ” w zawodzie OPIEKUN MEDYCZNY dla 25 UP- DRUGI RODZAJ WSPARCIA OUTPLACEMENTOWEGO. Projekt przewiduje 2 grupy (1 grupa 13 osób, 2 grupa 12 osób). Łączna liczba godzin dla 1 grupy to Łączna liczba godzin: 40 (teoria).

Proponowany zakres tematyczny:

- Pacjent jako podmiot opieki.

- Zasady opieki nad osobą chorą i niesamodzielną.

Zajęcia w ramach kursu dla I grupy odbywać się będą od 3.12.2016 r. do 20.05.2016 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. Zamawiający zastrzega, że liczba uczestników może ulec zmianie, o czym Wykonawca niezwłocznie zostanie poinformowany. Zamawiający zastrzega, że po ustaleniu terminu drugiego kursu niezwłocznie poinformuje Zamawiającego.

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.

1. **WYMAGANIA**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

* posiadają wykształcenie wyższe na kierunku pielęgniarstwo,
* posiadają wiedzę i doświadczenie zawodowe w pracy szkoleniowca w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem zamówienia, tj. min. 2 lat udokumentowanego doświadczenia w okresie nie krótszym niż 48 miesięcy bezpośrednio przed podjęciem zatrudnienia,
* posiadają doświadczenie zawodowe min. 2-letnie zawodowe,
* posiadają uprawnienia pedagogiczne,
* 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,
* posiadają aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych, prowadzonego przez Wojewódzki Urząd Pracy właściwy dla siedziby instytucji szkoleniowej- w przypadku osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą,
* 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,
* 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 wykształcenia wyższego pielęgniarskiego potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
	3. Kopia uprawnień pedagogicznych.
	4. Kopie rekomendacji/referencji wystawione przez podmiot/y zlecający/e usługę, dotyczące tj. min. 2 lat udokumentowanego doświadczenia w okresie nie krótszym niż 48 miesięcy bezpośrednio przed podjęciem zatrudnienia w przedmiocie zamówienia potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
	5. Wypełniony formularz oferty (załącznik nr 1).
	6. Wykaz doświadczenia zawodowego z prowadzenia szkoleń w zakresie opisanym w pkt I (załącznik nr 2).
	7. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 3).
	8. Oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 4).
	9. 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. **KRYTERIA OCENY**

Jako kryterium wyboru oferty przyjmuje się w niniejszym postępowaniu najkorzystniejszy bilans punktów przyznanych w oparciu o poniższe kryterium:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Waga** | **Maksymalna ilość punktów jakie może otrzymać oferta za dane kryterium** |
| Cena za 1 h (wartość brutto) | 80% | 80 punktów |
| Doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia grupowych szkoleń w obszarze tematycznym zgodnym z przedmiotem zamówienia w okresie ostatnich 4 lat (udokumentowana powyżej 2 lat praca– 20 pkt, 2 lata – 10 pkt, poniżej 2 lat – 0 pkt | 20% | 20 punktów |

Punkty będą liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

1. Punkty za kryterium „Cena” zostaną obliczone według wzoru:

Cena brutto oferty najtańszej

 x 80 pkt. = liczba punktów w danym kryterium

Cena brutto oferty badanej

1. Punkty za kryterium „Doświadczenie zawodowe” zostaną obliczone według wzoru:

Uzyskana liczba punktów badanej oferty

 x 20 pkt. = liczba punktów w danym kryterium

 Max liczba punktów

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów stanowiącą sumę podanych wyżej kryteriów, zgodnie ze wzorem: punkty za kryterium „cena” + punkty za doświadczenie zawodowe.

1. **ISTOTNE WARUNKI ZMIANY UMOWY**

Nie przewiduje się zmiany warunków umowy.

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 III 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 2 grudnia 2016 r. do godziny 16:00 (wiążąca jest data wpływu oferty do biura projektu). W przypadku wpływu ofert mailem lub faksem termin składania ofert wyznaczono na 2 grudnia 2016 r. do godziny 16:00.

Ofertę można składać:

1. osobiście lub pocztą: Biuro Projektu „Pomocna Dłoń” w Łodzi, 90-205 Łódź ul. Kilińskiego 21,
2. mailem na adres: izalajs@op.pl

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 jednej części zajęć w ramach kwalifikacyjnego kursu zawodowego kwalifikacja Z.4 „ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH OSOBIE CHOREJ I NIESAMODZIELNEJ” w zawodzie OPIEKUN MEDYCZNY dla 25 UP- DRUGI RODZAJ WSPARCIA OUTPLACEMENTOWEGO.

składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

…………………………………………………………/1 h

…………………………………….. ……………………………………….

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 jednej części zajęć w ramach kwalifikacyjnego kursu zawodowego kwalifikacja Z.4 „ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH OSOBIE CHOREJ I NIESAMODZIELNEJ” w zawodzie OPIEKUN MEDYCZNY dla 25 UP- DRUGI RODZAJ WSPARCIA OUTPLACEMENTOWEGO 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