

ROZEMNIACZENIE RYNKU

INDYWIDUALNE SZKOLENIA DLA OPIEKUNÓW W ZAKRESIE OPIEKI MEDYCZNEJ NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI - UCZESTNIKÓW PROJEKTU PN. „DŁUGOTERMINOWA OPIEKA MEDYCZNA NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI”

W związku z realizacją projektu „**Długoterminowa opieka medyczna nad osobami niesamodzielnymi**” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego oddział w Sieradzu (nazywane dalej Zamawiającym) zwraca się z zapytaniem dotyczącym możliwości podjęcia współpracy na stanowisku trenera prowadzącego **indywidualne szkolenia dla opiekunów w zakresie opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi**. W projekcie powinno wziąć udział 8 opiekunów (5 kobiet i 3 mężczyzn). Projekt przewiduje szkolenia, które będą trwały 6 h zegarowych dla każdego opiekuna w trakcie trwania projektu. Będą one miały charakter indywidualny tj. będą realizowane w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną. Będą miały za zadanie odpowiedzieć na potrzeby wskazywane przez opiekunów i braki w wiedzy, które mają wpływ na sprawowanie opieki nad osobą niesamodzielną.

Zamawiający przewiduje możliwość przeprowadzenia m.in. szkoleń z zakresu:

1. Opieka nad osobą leżącą
2. Zasady przemieszczania się
3. Zmiany pościeli
4. Mycie
5. Dobieranie materiałów chłonnych
6. Udzielanie pierwszej pomocy
7. Profilaktyka przeciwoleżynowa
8. Poruszające konkretne choroby.

W tym zakresie wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia indywidualnych szkoleń dla opiekunów faktycznych i najbliższego otoczenia osoby niesamodzielnej - 8 osób x 6 h zegarowych.

Orientacyjny termin realizacji szkolenia: 24.06.2019 – 30.11.2019. Dokładny termin szkoleń będzie ustalany indywidualnie z każdą rodziną i będzie dostosowany do ich możliwości czasowych, a także potrzeb.

Czas trwania szkolenia dla 1 uczestnika: 6 godzin zegarowych.

Wykonawca w ramach realizacji zamówienia zobowiązany jest do:

- 1) Przedstawienia wstępnego harmonogramu zajęć.
- 2) Prowadzenia list obecności na wzorach dostarczonych przez Zamawiającego.
- 3) Informowania Zamawiającego o przebiegu realizacji zajęć i obecności uczestników.
- 4) Przeprowadzenia ankiet ewaluacyjnych dostarczonych przez Zamawiającego.
- 5) Przygotowania i dostarczenia materiałów szkoleniowych niezbędnych do

przeprowadzenia zajęć.

- 6) Zapewnienie dojazdów na miejsce przeprowadzenia szkolenia we własnym zakresie i prowadzenia rozliczenia kosztów dojazdu na wzorach dostarczonych przez Zamawiającego.

I. WYMAGANIA

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

- posiadają wykształcenie medyczne lub w zakresie zdrowia publicznego,
- minimum 2 - letnie doświadczenie w pracy zawodowej mającym zastosowanie w ochronie zdrowia zgodnie z przedmiotem organizowanych szkoleń,
- 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,
- 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.

II. INFORMACJA O DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY CELEM POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Curriculum Vitae.
2. Kopia dyplomu potwierdzającego posiadanie wykształcenia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
3. Kopie dokumentów potwierdzających doświadczenie w pracy zawodowej potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta.



4. Wypełniony formularz oferty (załącznik nr 1).
5. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 2).
6. Oświadczenie dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 3).
7. 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 4).

Niezłożenie wyżej wymienionych dokumentów będzie skutkowało odrzuceniem oferty Wykonawcy.

III. POZOSTAŁE WARUNKI

Zamawiający zastrzega sobie prawo do monitorowania całego przebiegu realizacji usług będących przedmiotem postępowania, w szczególności wizytacji w miejscu gdzie będą się one odbywały, w tym do udziału osób wyznaczonych przez Zamawiającego we wszystkich przewidzianych zajęciach. Wykonawca zobowiązuje się do współpracy i nie stwarzania żadnych przeszkód w realizacji monitoringu.

Wypełniony wzór oferty cenowej należy przysyłać **do 17 czerwca 2019 r. do godz. 12.00** na adres e-mail: sieradz@ptrs.org.pl lub bezpośrednio w siedzibie PTRS w Sieradzu (ul. Nenckiego 2, 98-200 Sieradz).

Niniejsze zaproszenie do składania ofert, jak również oferty złożone przez Wykonawców nie stanowią ofert w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego. Zaproszenie do składania ofert nie jest także ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych. Ma na celu wyłącznie rozeznanie rynku i uzyskanie wiedzy nt. kosztów realizacji przedmiotowej usługi.

Osobą uprawnioną przez zamawiającego do kontaktu z wykonawcami jest:
Elżbieta Lewandowska – kontakt w sprawach roboczych, Tel. 784 642 182
Justyna Ochman – kontakt w sprawach roboczych, Tel. 784 642 182

.....
/ podpis /

.....
/podpis/

Załącznik 1



FORMULARZ OFERTY

Ja, niżej podpisana/y:

działając w imieniu i na rzecz
(wypełnić w przypadku firmy)

w odpowiedzi na rozeznanie rynku składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:/1 h zegarową szkolenia.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:/ 1 komplet materiałów szkoleniowych dla opiekuna

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:/ 1 km

.....
miejsowość, data

.....
własnoręczny podpis

Zał. 2



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.

.....

miejsowość, data

.....

własnoręczny podpis

* niepotrzebne skreślić

Załącznik 3



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 odpowiedzią na rozeznanie rynku w ramach projektu „Długoterminowa opieka medyczna nad osobami niesamodzielnymi” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. z 2018 r. Nr 1000 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

Załącznik 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