

ROZEZNANIE RYNKU

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

W związku z realizacją projektu „Długoterminowa opieka medyczna dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” 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 zaplanowano udział 8 opiekunów (5 kobiet i 3 mężczyzn). Projekt przewiduje szkolenia, które będą obejmować dwa spotkania po 6 h zegarowych dla każdego opiekuna w trakcie trwania projektu w roku 2020.

Będą one miały charakter indywidualny tj. szkolenia realizowane będą w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej i opiekuna. Zakładamy, że szkolenia prowadzone dla osób będących otoczeniem osób niesamodzielnych będą odbywać się dwuetapowo. Pierwsze 6 godzinne spotkanie będzie miało na celu omówienie podstawowych czynności związanych z higieną osobistą dnia codziennego osoby niesamodzielnej i wskazanie metod pielęgnacji. Podczas pierwszego spotkania osoba prowadząca szkolenie musi rozeznaczyć/zdiagnozować zarówno rodzaj utrudnień wynikających z problemów zdrowotnych osoby niesamodzielnej, ale także umiejętności osoby będącej jej opiekunem.

Kolejne 6 godzin szkolenia odbędzie się w odstępie czasowym (pozwalającym zrealizować zadanie zgodnie z harmonogramem) ale dającym możliwość oceny osobie niesamodzielnej zagadnień sprawiających jej trudności w zastosowaniu bądź też wymagających utrwalenia.

Drugie spotkanie będzie miało również na celu indywidualne skonsultowanie konkretnego problemu, z którym nie radzi sobie osoba szkolona.

Spotkania będą miały za zadanie odpowiedzieć na potrzeby wskazywanie 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
9. Inne zagadnienia zgłoszone podczas spotkań z zakresu opieki nad osobą niesamodzielną.

W tym zakresie wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia indywidualnych szkoleń dla opiekunów faktycznych i najbliższego otoczenia osoby niesamodzielnej - 8 osób x 6 h zegarowych x 2 spotkania.

Orientacyjny termin realizacji szkolenia: 01.07.2020 – 30.11.2020. 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: 12 godzin zegarowych (6 godzin zegarowych x 2 spotkania).

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 tj. 16 kompletów materiałów szkoleniowych dla 8 uczestników na każde spotkanie (w pierwszym pakiecie przeważać będą materiały dydaktyczne i wyroby chłonne np. poradniki, specjalistyczne materiały dostosowane do danego przypadku itp. a także przedmioty niezbędne do praktycznego przekazania wiedzy na temat aktualnego stosowania produktów wspomagających opiekę nad osobą niesamodzielną (np. pieluchy, pieluchomajtki, podkłady itp.) Drugi z pakietów zostanie rozszerzony natomiast o kosmetyki higieniczne (pielęgnacja skóry specjalistycznymi artykułami przeznaczonymi do ochrony ciała osób leżących lub narażonych na uszkodzenie skóry np. środki odkażające, plastry przeciwoleżynowe, balsamy nawilżające i ochraniające itp.) niezbędne do prawidłowej pielęgnacji, o których osoby opiekujące się osobami niesamodzielnymi niejednokrotnie nie posiadają żadnych informacji i wiedzy, a znacznie ułatwią im sprawowanie opieki w zakresie zdrowotnym i higienicznym)
- 6) Zapewnienie dojazdów na miejsce przeprowadzenia szkolenia we własnym zakresie i prowadzenia rozliczenia kosztów dojazdu na wzorach dostarczonych przez Zamawiającego
- 7) Wydania uczestnikom zaświadczenia o uczestnictwie w szkoleniu i przekazaniu ich kserokopii potwierdzonej za zgodność Zamawiającemu.

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).

Nie złożenie 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 przysłać **do 17 lipca 2020 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:
Bolesław Kulenty – 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

Załącznik 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

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 dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. z 2018 r. Nr 1000 z późn. zm. 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.
4. Firma.....
nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

.....
miejsowość, data

.....
własnoręczny podpis