



ZAPYTANIE OFERTOWE Z DNIA 28.01.2025 r.
WIODĄCY OŚRODEK KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO – OPIEKUŃCZY
ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT NA REALIZACJĘ ŚWIADCZENIA
USŁUG TERAPII TLENOWEJ
W RAMACH PROGRAMU KOMPLEKSOWEGO WSPARCIA DLA RODZIN
"ZA ŻYCIEM"

1. Nazwa zamawiającego

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Szczecinku 78-400 Szczecinek, ul. Wiatraczna 1,
Tel. [943743722](tel:943743722) w godz.: od 8.00 – 15.00

Email – sekretariat@poradnia.szczecinek.pl

2. Opis przedmiotu zamówienia

2.1 Nazwa zamówienia: Prowadzenie zajęć TERAPII TLENOWEJ w ramach Programu „Za życiem”.

2.2 Rodzaj zamówienia: Kod CPV – 85312500 – 4 – usługi rehabilitacyjne

2.3 Opis przedmiotu zamówienia:

Ogłasza się nabór specjalistów na prowadzenie w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem" TERAPII TLENOWEJ

Zamawiający planuje zlecenie **1000 godzin** w okresie **od 17 lutego 2025 r. do 19 grudnia 2025 r.**

- Cena jednostkowa brutto powinna zawierać łączny koszt przeprowadzenia 1 godziny - zabiegu w komorze hiperbarycznej, obejmująca wszystkie koszty wykonania usługi.
- Odbiorcami usług są dzieci niepełnosprawne lub zagrożone niepełnosprawnością w wieku od urodzenia do rozpoczęcia nauki w szkole.
- Uczestnikami TERAPII TLENOWEJ będą, dzieci wskazane przez Koordynatora WOKRO.
- Przed każdą terapią specjalista/ wykonawca będzie kwalifikował dziecko do terapii hiperbarycznej po przeprowadzeniu wywiadu z rodzicem/ opiekunem oraz uzyskaniu wszystkich niezbędnych zgód na zabieg.
- Zajęcia będą świadczone w dniach i godzinach ustalonych z Zamawiającym, przypadających od poniedziałku do piątku.
- Zajęcia będą się odbywały w miejscu wskazanym przez Wykonawcę, wyposażonym w sprzęt specjalistyczny na zasadzie umowy użyczenia.
- Rozliczenie za świadczone usługi będzie następowało miesięcznie w oparciu o przedstawioną dokumentację.

2.4. Zajęcia mają na celu:

Udzielenie kompleksowego wsparcia rodzinom z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością i niepełnosprawnymi w wieku od urodzenia do rozpoczęcia nauki w szkole. Celem zajęć jest usprawnianie psychoruchowe dzieci z autyzmem w tym z Z. Aspergera, wsparcie rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnością ruchową, nadpobudliwością psycho-ruchową, wsparcie w stymulowaniu sfery poznawczej, emocjonalnej i społecznej dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Terapia tlenowa pozwoli na zwiększenie przepływu krwi w mózgu, dotlenienie komórek działając przeciwwzapalnie, zmniejsza stres oksydacyjny, pozytywnie wpłynie na układ trawienny. Zakłada się, że zabiegi w komorze hiperbarycznej pomogą w zwalczaniu objawów ADHD, poprawią zdolność utrzymania kontaktu wzrokowego u dzieci z autyzmem, wpłyną na lepsze reagowanie na polecenia, zminimalizują frustrację dziecka i ograniczą napady lękowe, zmniejszą liczbę napadów agresji, poprawią możliwości poznawcze, stymulując do zdobywania nowych umiejętności przez dziecko. Terapia tlenowa aktywuje działanie całego układu nerwowego i ułatwia transport krwi do mózgu. Dotlenienie komórek nerwowych, może znacząco wpłynąć na poprawę mowy, ogólnego rozwoju umysłowego i zdolności ruchowych.

3. Termin realizacji zamówienia: Zajęcia terapeutyczne będą realizowane w okresie od podpisania umowy do 19 grudnia 2025 r.

4. Wymagania wobec wykonawców na prowadzenie zajęć TERAPII TLENOWEJ:

- 1) W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy posiadający:
 - a) kwalifikacje uprawniające do prowadzenia TERAPII TLENOWEJ W KOMORZE HIPERBARYCZNEJ
 - b) posiadają komorę hiperbaryczną do 1,3 ATA.
 - c) zapewniają wykwalifikowaną kadrę do przeprowadzenia sesji
- 2) wymagane jest prowadzenie zajęć sesji na terenie wykonawcy z udziałem rodziców/opiekunów prawnych
- 3) ustalenie indywidualnie z opiekunami zakwalifikowanych dzieci do udziału w sesjach dogodnego terminu zajęć dla obu stron oraz pozyskanie zgody na zajęcia w komorze hiperbarycznej

5. Wymagane dokumenty rekrutacyjne:

- kwestionariusz osobowy – na druku stanowiącym Załącznik nr 1 do ogłoszenia,
- formularz ofertowy – stanowiący Załącznik nr 2 do ogłoszenia,
- oświadczenie wykonawcy o braku podstaw do wykluczenia tj. o braku powiązań kapitałowych i osobowych - załącznik nr 4,
- potwierdzone przez Kandydata za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje/ uprawnienia do prowadzenia terapii,
- przedstawienie dokumentacji dotyczącej posiadanego sprzętu do TERAPII TLENOWEJ wraz ze specyfikacją techniczną,
- informację o osobie z Krajowego Rejestru Karnego,

- ubezpieczenie O.C. ogólne.

6. Procedura:

6.1. **Tryb udzielenia zamówienia publicznego:** zapytanie ofertowe

6.2. **Podstawa prawna:**

Na podstawie Regulaminu udzielania zamówień publicznych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szczecinku o wartości poniżej 130 000,00 zł.

6.3. **Uzasadnienie trybu wyboru:**

Przeprowadzenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego wynika z konieczności rekrutowania specjalistów do prowadzenia zajęć w ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem".

7. Kryteria oceny ofert i ich znaczenie: Przy wyborze ofert zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

Maksymalna liczba punktów: 100 pkt

- Cena – max. 80 pkt.

Cena liczona wg następującego wzoru:

$$P_C = \frac{C_N}{C_B} \times 80 \text{ pkt.}$$

gdzie:

P_C – punkty za cenę

C_N – najniższa cena spośród złożonych ofert

C_B – cena badanej oferty

- kwalifikacje – max. 20 pkt.

Zamawiający przydzieli punkty za kwalifikacje, studia podyplomowe, kierunkowe, kursy specjalistyczne, umiejętności i wiedzę z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, doświadczenie z zakresu pracy z dziećmi od urodzenia do momentu rozpoczęcia nauki w szkole:

- za wykazanie wykształcenia kierunkowego/ kwalifikacje / uprawnień do wykonywania zajęć Zamawiający przydzieli 10 pkt.,
- za dodatkowe kwalifikacje, w tym kwalifikacje pedagogiczne Zamawiający przydzieli max 5 pkt,
- za wykazanie doświadczenia pracy z dziećmi Zamawiający przydzieli max 5 pkt.

Oferta Wykonawcy, który uzyska największą liczbę punktów zostanie uznana za najkorzystniejszą.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość wyboru wielu ofert do realizacji, które uzyskają najwyższą liczbę punktów. Wynika to z konieczności uzyskania przez Zamawiającego wymaganej łącznie liczby godzin usług hipoterapii przewidzianych dla wszystkich uczestników/uczestniczek projektu tj. 1000 godzin. Z wykonawcami, których oferty zostaną wybrane do realizacji zostaną podpisane umowy cywilnoprawne.

Przed podpisaniem umowy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi Wykonawca

zostanie sprawdzony w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym - obecność w tym Rejestrze automatycznie wyklucza Wykonawcę z postępowania.

8. Termin i miejsce składania ofert:

Oferty należy składać w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek – **IV piętro - sekretariat do dnia 07 lutego 2025r. do godz. 12⁰⁰**

Na kopercie należy umieścić nazwę, imię i nazwisko, adres wykonawcy oraz napis „Oferta na realizację zajęć TERAPII TLENOWEJ w ramach Programu „Za życiem”.

Oferty złożone poza wyznaczonym terminem zostaną zwrócone wykonawcy bez otwierani

9. Miejsce i termin otwierania ofert:

Otwarcia złożonych ofert dokona w dniu **07 lutego 2025 r. o godz. 14.00** komisja powołana przez Dyrektora Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szczecinku.

Komisja po otwarciu ofert i weryfikacji złożonych dokumentów sporządzi protokół z otwarcia ofert.

Z wybranymi kandydatami zostaną podpisane umowy zlecenia zgodnie z przeprowadzonym zamówieniem.

**Zatwierdzam
Dyrektor
Dorota Patkowska**

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Imię i nazwisko Nazwisko rodowe.....
2. Imiona rodziców.....
3. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....
4. Obywatelstwo.....
5. Numer ewidencyjny (PESEL).....
6. Numer telefonu
7. Miejsce zamieszkania.....

.....
(dokładny adres)

8. Adres do korespondencji (jeśli jest inny iż adres zamieszkania)

9. Wykształcenie/ Uprawnienia do wykonywania danego rodzaju terapii

.....
(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

.....
(zawód, specjalność, stopień, tytuł zawodowy - naukowy)

10. Wykształcenie uzupełniające.....

.....
(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)

11. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 3, i 5 są zgodne z dowodem osobistym seria

.....nr..... albo innym dowodem tożsamości.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby składającej kwestionariusz)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji zapytania ofertowego, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b rozporządzenia Parlamentu i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Formularz ofertowy

Przedmiot zamówienia:

**OFERTA
NA REALIZACJĘ USŁUG TERAPII TLENOWEJ
W RAMACH PROGRAMU: ZA ŻYCIEM”**

Przeprowadzona na podstawie Regulaminu udzielania zamówień publicznych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szczecinku o wartości poniżej 130 000,00.

Zamawiający:

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Szczecinku, 78-400 Szczecinek, ul. Wiatraczna 1

Tel. [94374372247](tel:94374372247) w godz.: od 8.00 – 15.00

Email – sekretariat@poradnia.szczecinek.pl

Niniejszym przystępuję do udziału w postępowaniu:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy, adres email

1. Cena brutto za świadczenie 1 godziny usługi TERAPII TLENOWEJzł brutto
Słownie cena
 2. Deklarowana liczba godzin do zrealizowania
 3. Deklarowane miejsce prowadzenia zajęć
 4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym, uzyskałam/em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
 5. Oświadczam, że posiadam wymagane przez Zamawiającego doświadczenie i przygotowanie zawodowe w zakresie realizacji usług stanowiących przedmiot oferty.
 6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania.
- Zostałam/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Równocześnie zobowiązuję się do przedłożenia Zamawiającemu dokumentów potwierdzających dane zawarte w niniejszym oświadczeniu na jego wniosek.

.....
Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis składającego ofertę)

ISTOTNE WARUNKI UMOWY

zawarta w dniu roku pomiędzy:

Powiat Szczecinecki - Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Szczecinku realizująca zadanie
Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno – Rehabilitacyjno – Opiekuńczego

reprezentowana przez:

Panią Dorotę Patkowską

zwaną w dalszej części umowy „Zamawiającym” a

.....

z siedzibą w / zam. w

.....

zwanym w dalszej części umowy Wykonawcą.

Niniejsza umowa zostaje zawarta w wyniku postępowania prowadzonego w trybie publicznego zaproszenia do składania ofert, jako zamówienie na usługi rehabilitacyjne na podstawie z art.359 pkt. 2 i art. 2, ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 Prawo zamówień publicznych. (Dz.U z 2019, poz. 2019 z późn. zm.)

§ 1

1. Na podstawie niniejszej umowy Zamawiający zleca Wykonawcy świadczenie usługi obejmującej prowadzenie w sposób samodzielny specjalistycznych zajęć: W ZALEŻNOŚCI OD SPECJALISTY (z dzieckiem w wieku 0-do momentu rozpoczęcia nauki w szkole z niepełnosprawnością oraz z jego rodziną.)
2. Zajęcia terapeutyczne realizowane są w ramach zadań Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego i finansowane z budżetu państwa w ramach dotacji.
3. Zajęcia mogą odbywać się w obecności rodzica/prawnego opiekuna. W trakcie zajęć Wykonawca powinien udzielać rodzicom instruktażu do bieżącej pracy z dzieckiem.
4. Wykonawca powinien ponadto prowadzić dokumentację przebiegu terapii ustaloną przez Zamawiającego. Każda zrealizowana jednostka zajęciowa powinna być potwierdzona podpisem rodzica/opiekuna prawnego

§ 2

1. Wykonawca wykona powierzone zadania z należytą starannością i z zachowaniem specjalistycznej wiedzy z zakresu swoich kwalifikacji.
2. Za szkody wyrządzone przez Wykonawcę lub osoby go reprezentujące lub pozostające pod jego nadzorem podczas wykonywania przedmiotu zamówienia odpowiedzialność ponosi Wykonawca.
3. Wykonawca zobowiązany jest do przestrzegania zasad korzystania z sali terapii, w której prowadzone są zajęcia oraz ponoszenia odpowiedzialności materialnej za mienie.

§ 3

Niniejsza umowa będzie realizowana w okresie ustalonym, nie dłużej jednak niż do momentu zrealizowania określonej w umowie ilości godzin zajęć z dziećmi.

§ 4

1. Wykonawca będzie realizował usługi w dni powszednie oraz w soboty – według ustalonego przez Zamawiającego harmonogramu (dostosowanego do potrzeb dziecka korzystającego z terapii).

§ 5

1. Wykonawca zobowiązuje się wykonać powierzone czynności w miejscu wskazanym przez Zamawiającego .
2. Zajęcia realizowane będą w :
 1. Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1.
 2. W siedzibie Aqa Tur – basen w Szczecinku, ul. Szczecińska.
 3. W innym miejscu wskazanym przez Dyrektora Poradni.
 4. W zależności od potrzeb dziecka, w jego domu rodzinnym.
 5. W siedzibie Wykonawcy.

§ 6

1. Jednostkowy czas trwania godziny zajęć terapeutycznych określa się na 60 minut.
2. Realizacja zajęć i przydział liczby godzin zależny będzie od potrzeb dzieci z niepełnosprawnością zgłaszających się po wsparcie i zakwalifikowanych do specjalistycznej pomocy.

3. Liczba dzieci przydzielonych do terapii i liczbę godzin dla każdego dziecka określa Zamawiający.
4. Za prawidłowe i bez zastrzeżeń wykonanie prac określonych w § 1 Wykonawca otrzyma wynagrodzenie w wysokości złotych (słownie.....złotych) za każdą faktycznie zrealizowaną godzinę. Wynagrodzenie Wykonawcy określone w ust. 5 obejmuje wszystkie koszty, jakie Wykonawca poniesie z tytułu realizacji niniejszej umowy. Od kwoty wynagrodzenia brutto za wykonany przedmiot umowy w przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej zostaną potrącone składki, zgodnie z obowiązującymi z tego tytułu przepisami, zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz należnego ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego zgodnie z treścią oświadczenia stanowiącego załącznik do umowy.
5. Wypłata wynagrodzenia nastąpi na podstawie przedłożonego do 10-go dnia każdego miesiąca, miesięcznego wykazu rozliczenia liczby przepracowanych godzin oraz rachunku.
6. Miesięczny wykaz liczby przeprowadzonych godzin jest zatwierdzany przez Dyrektora Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Szczecinku.
7. Termin wypłaty wynagrodzenia ustala się do końca każdego miesiąca.
8. Strony ustalają, że zapłata Wykonawcy należytego wynagrodzenia z tytułu wykonania przedmiotu umowy dokonana zostanie po uprzednim przekazaniu dotacji na realizację zajęć terapeutycznych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej. Jeżeli nastąpią opóźnienia ze strony Ministerstwa w przekazaniu środków na realizację zadań, Zamawiający zastrzega sobie możliwość dokonania płatności w terminie późniejszym, niezwłocznie po otrzymaniu środków.

§ 7

1. W trakcie prowadzenia zajęć terapeutycznych Wykonawca może korzystać z pomocy i środków dydaktycznych/terapeutycznych dostępnych w salach terapeutycznych Poradni lub z własnych środków dydaktycznych.
2. Wykonawca przed przystąpieniem do realizacji zajęć terapeutycznych powinien zapoznać się z dostępnymi pomocami i środkami dydaktycznymi i zaplanować pracę terapeutyczną z ich wykorzystaniem.

§ 8

1. Zamawiającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy w terminie 14 dni od powzięcia wiadomości o okolicznościach, gdy:
 - a) Wykonawca nie rozpoczął realizacji przedmiotu zamówienia bez uzasadnionych przyczyn mimo wezwania Zamawiającego.

- b) Wykonawca mimo uprzednich zastrzeżeń Zamawiającego i wezwania do realizacji warunków umowy nie wykonuje czynności zgodnie z warunkami umownymi.
2. Odstąpienie od umowy winno nastąpić na piśmie oraz zawierać uzasadnienie.
 3. Dokonanie zmiany umowy w jakimś zakresie wymaga uprzedniego złożenia na piśmie wniosku wykazującego zasadność wprowadzenia zmian i zgody stron na jej dokonanie.
 4. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają – pod rygorem nieważności – zachowania formy pisemnej w postaci aneksu.

§ 11

1. W związku Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwane dalej RODO Wykonawca zobowiązuje się do respektowania zapisów RODO ze szczególnym uwzględnieniem art. 28.
2. Przedmiotem niniejszej umowy jest powierzenie Wykonawcy przez Zamawiającego danych osobowych związanych z realizacją umowy.
3. Powierzenie przetwarzania danych obowiązuje na czas trwania umowy.
4. Wykonawca oświadcza, że zapewnia wystarczające gwarancje wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie danych osobowych spełniło wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.
5. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji przez Wykonawcę przedmiotu umowy.
6. Zakres przetwarzania obejmuje imię i nazwisko osób fizycznych, ich dane teleadresowe oraz informacje o stanie zdrowia.
7. Wykonawca przetwarza dane osobowe wyłącznie na udokumentowane polecenie Zamawiającego, przy czym za takie udokumentowanie polecenia uważa się polecenia przekazane pisemnie.
8. Zamawiający umocowuje Wykonawcę do wydawania pisemnych upoważnień do przetwarzania danych osobowych swoim pracownikom w związku z wykonaniem niniejszej umowy.
9. Wykonawca zapewnia, by osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych zobowiązały się do zachowania tajemnicy w czasie i po ustaniu umowy.
10. Wykonawca podejmuje wszelkie środki wymagane na mocy art. 32 RODO.

11. Wykonawca po zakończeniu umowy zobowiązuje się trwale usunąć wszystkie przetwarzane dane osobowe ze swojego systemu informatycznego (także kopii) i nośników oraz pozbawić swoich pracowników dostępu do nich.

§12

1. Zleceniobiorca oświadcza, że zna i przestrzega aktualne przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Zleceniobiorca oświadcza, że stan zdrowia pozwala mu na wykonywanie zlecenia.

§13

3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
4. Spory mogące wyniknąć przy wykonywaniu niniejszej umowy, strony zobowiązują się rozstrzygać polubownie.
5. W razie braku możliwości polubownego załatwienia sporów w terminie 30 dni od dnia powstania sporu, będą one rozstrzygane przez sąd właściwy dla Zamawiającego.

§ 14

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach – po jednym dla każdej ze stron.

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Tj. O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 1710 z późn. zm.) – dalej: ustawa Pzp,

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: Realizacja zadań wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego na obszarze powiatu szczecineckiego – ZAJECIA TERAPII TLENOWEJ

Wykonawca:

Reprezentowany przez:

oświadczam, co następuje:

- 1) Nie podlegam wykluczeniu, na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 PZP i ust. 5 pkt 1 PZP, z zachowaniem przepisów art. 24 ust. 7-10 i 12 PZP.
- 2) Nie podlegam wykluczeniu z uwagi na powiązania z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

.....

Data i podpis Wykonawcy