

**WIODĄCY OŚRODEK KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO – OPIEKUŃCZY**

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT NA REALIZACJĘ ŚWIADCZENIA

**USŁUG HIPOTERAPII**

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](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=bip+poradnia+kolobrzeg) w godz.: od 8.00 – 15.00

Email – sekretariat@poradnia.szczecinek.pl

**2. Opis przedmiotu zamówienia**

**2.1 Nazwa zamówienia:** Prowadzenie zajęć hipoterapii 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" **zajęć hipoterapii**.

* Zamawiający planuje zlecenie **300 godzin** w okresie **od kwietnia 2024 r. do października 2024 r.**
* Cena jednostkowa brutto powinna zawierać łączny koszt przeprowadzenia jednej jednostki zajęć hipoterapeutycznych obejmująca wszystkie koszty wykonania usługi.
* Odbiorcami usług są dzieci w wieku od 0 lat do rozpoczęcia nauki w szkole ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku 0-3 lat. Uczestnikami hipoterapii będą, dzieci wskazane przez Koordynatora WOKRO.
* Zajęcia będą świadczone w dniach i godzinach ustalonych z Zamawiającym, przypadających od poniedziałku do soboty.
* Zajęcia będą się odbywać w miejscu wskazanym przez Wykonawcę, wyposażonym w sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, odpowiednie do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dzieci na zasadzie umowy użyczenia.
* Rozliczenie za świadczone usługi będzie następować miesięcznie w oparciu o przedstawioną dokumentację.

**2.4. Zajęcia mają na celu**:

Udzielenie kompleksowego wsparcia rodzinom z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością i niepełnosprawnymi od 0. r. życia do podjęcia nauki w szkole, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci do 3 roku życia. Celem zajęć jest usprawnianie ruchowe, stymulowanie sfery poznawczej, emocjonalnej i społecznej, kształtowanie i rozwijanie umiejętności życiowych.

W zajęciach hipoterapeutycznych wezmą udział dzieci, które mają wskazania zdrowotne oraz emocjonalne do udziału w powyższej terapii. Są to dzieci, które wykazują opóźniony rozwój psychofizyczny lub niepełnosprawność. Terapia z koniem może przynosić korzyści w sferze fizycznej, motywacyjnej, emocjonalnej, poznawczej oraz społecznej. Hipoterapia przyczynia się do stymulowania rozwoju psychofizycznego. Ponadto obcowanie z koniem wpływa korzystnie na równowagę emocjonalną i zmniejsza reakcje w zakresie nadpobudliwości i zachowań agresywnych lub autoagresji.

**3. Termin realizacji zamówienia**: Zajęcia terapeutyczne będą realizowane w okresie od podpisania umowy **do 31.10.2024 r.**

**4. Wymagania wobec wykonawców na prowadzenie zajęć hipoterapii:**

1. W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy posiadający kwalifikacje uprawniające do prowadzenia hipoterapii.
2. **zapewnienie wykwalifikowanej kadry do przeprowadzenia zajęć hipoterapeutycznych**
3. **prowadzenie zajęć hipoterapeutycznych na terenie wykonawcy**
4. **ustalenie indywidualnie z opiekunami zakwalifikowanych dzieci do udziału w zajęciach hipoterapeutycznych dogodnego terminu zajęć dla obu stron**

**5. Wymagane dokumenty rekrutacyjne:**

- kwestionariusz osobowy – na druku stanowiącym Załącznik nr 1 do ogłoszenia,

- formularz ofertowy – stanowiący Załącznik nr 2 do ogłoszenia,

- ***potwierdzone przez Kandydata za zgodność z oryginałem*** kserokopie dokumentów

 potwierdzających kwalifikacje,

- ubezpieczenie O.C. ogólne,

1. **Procedura:**
	1. **Tryb udzielenia zamówienia publicznego:** zapytanie ofertowe
	2. **Podstawa prawna:**

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

* 1. **Uzasadnienie trybu wyboru:**

Przeprowadzenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego wynika z konieczności rekrutowania terapeutów różnych specjalizacji w zależności od potrzeb dzieci, do prowadzenia zajęć w ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem".

1. **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:

 CN

PC = ------- x 80 pkt.

 CB

gdzie:

PC – punkty za cenę

CN – najniższa cena spośród złożonych ofert

CB – 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 0 lat do rozpoczęcia nauki w szkole:

* *za wykazanie wykształcenia kierunkowego Zamawiający przydzieli 10 pkt.,*
* *za dodatkowe kwalifikacje 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. **300 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 Przestępstw na Tle Seksualnym - obecność w tym Rejestrze automatycznie wyklucza Wykonawcę z postępowania.

1. **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 22 stycznia 2024r. do godz. 1200**

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

Oferty złożone poza wyznaczonym terminem zostaną zwrócone wykonawcy bez otwierania.

1. **Miejsce i termin otwierania ofert:**

Otwarcia złożonych ofert dokona w dniu **23 stycznia 2024 r. o godz. 13.00** komisja powołana przez Dyrektora PP-P.

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

Z wybranymi kandydatami zostaną podpisane umowy zlecenia zgodnie z przeprowadzonym zamówieniem na podstawie Regulaminu udzielania zamówień publicznych.

 **Zatwierdzam**

 **Dyrektor**

 **Dorota Patkowska**

Załącznik nr 1

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)**

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

.......................................................................................................................................................

1. Wykształcenie .........................................................................................................................

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

.......................................................................................................................................................

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

1. Wykształcenie uzupełniające...................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

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

1. 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 procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)

Załącznik nr 2

Formularz ofertowy

**Przedmiot zamówienia:**

OFERTA

NA REALIZACJĘ **USŁUG HIOPTERAPII**

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 w godz.: od 8.00 – 15.00

Email – sekretariat@poradnia.szczecinek.pl

Niniejszym przystępuję do udziału w postępowaniu:

………………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko

……………………………………………………………………………………………………………………….

adres zamieszkana

……………………………………………………………………………………………………………………….

telefon kontaktowy, adres email

1. Cena brutto za świadczenie 1 godziny usługi hipoterapii: ...…………………..zł brutto

Słownie cena …………………………………………………………………………………………

1. Deklarowana liczba godzin do zrealizowania tygodniowo………………………………………….
2. Deklarowane miejsce prowadzenia zajęć ……………………………………………………………
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym, uzyskałam/em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że posiadam wymagane przez Zamawiającego doświadczenie i przygotowanie zawodowe w zakresie realizacji usług stanowiących przedmiot oferty.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania.

Zostałem/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)

Załącznik nr 3

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 :
3. Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1
4. W siedzibie Aqa Tur – basen w Szczecinku, ul. Szczecińska
5. W innym miejscu wskazanym przez Dyrektora Poradni
6. W zależności od potrzeb dziecka, w jego domu rodzinnym.
7. 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:
2. Wykonawca nie rozpoczął realizacji przedmiotu zamówienia bez uzasadnionych przyczyn mimo wezwania Zamawiającego.
3. Wykonawca mimo uprzednich zastrzeżeń Zamawiającego i wezwania do realizacji warunków umowy nie wykonuje czynności zgodnie z warunkami umownymi.
4. Odstąpienie od umowy winno nastąpić na piśmie oraz zawierać uzasadnienie.
5. Dokonanie zmiany umowy w jakimś zakresie wymaga uprzedniego złożenia na piśmie wniosku wykazującego zasadność wprowadzenia zmian i zgody stron na jej dokonanie.
6. 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

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Spory mogące wyniknąć przy wykonywaniu niniejszej umowy, strony zobowiązują się rozstrzygać polubownie.
3. 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.

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Tj. O BRAKU POWIAZAŃ 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 poźń. 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