**ZAPYTANIE OFERTOWE nr 10 z dnia 27.02.2023 r.**

**Postanowienia ogólne**

Niniejsze postępowanie toczy się w trybie zapytania ofertowego, z zachowaniem zasady konkurencyjności zgodnie z Rozdziałem 6.5.2 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, w związku z realizacją projektu pt. „Opieka szyta na miarę” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**Tytuł postępowania**

**Zapewnienie opieki lekarskiej dla uczestników/uczestniczek pozostających pod opieką hospicjum domowego w ramach projektu pn.: „Opieka szyta na miarę” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020.**

**Dane Zamawiającego:**

Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie

ul. Pojezierska 45/51, 91-338 Łódź

NIP: 7292033434

REGON: 471066008

Adres strony www: hospicjumlodzkie.pl

**OSOBA DO KONTAKTU:**

Osobą wyznaczoną do kontaktu jest Joanna Sobiech, koordynator projektu, tel. 509 – 855 – 707, e-mail: hospicjum.rpo@wp.pl

**Opis przedmiotu zamówienia**

**I. Kod CPV**

85141000-9 – Usługi świadczone przez personel medyczny

85121100-4 – Ogólne usługi lekarskie

**II. OPIS PROJEKTU**

**Projekt „Opieka szyta na miarę” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020**

**Cel projektu:** poprawa dostępności do usług zdrowotnych i opiekuńczych poprzez realizację programu indywidualnej opieki.

**Grupa docelowa:**

Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz otoczenie tych osób –opiekunowie faktyczni. Jednocześnie, są to osoby zamieszkałe w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego, na obszarze miasta Łodzi - zgodnie z obszarem wynikającym z umowy Zamawiającego z NFZ na świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

**III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest zapewnienie opieki lekarskiej dla osób potrzebujących wsparcia pozostających pod opieką hospicjum domowego w ramach projektu pn.: „Opieka szyta na miarę” realizowanego przez Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie.

1. Do zadań lekarza należeć będzie m.in.:
* Realizowanie zadań wynikających z zawodu Lekarz (zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z dostępnymi metodami i środkami, z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością) podczas wizyt realizowanych w domu pacjenta oraz przeprowadzanych konsultacji telefonicznych.
* Prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej.
* Stała współpraca z pozostałym personelem medycznym i około medycznym w zakresie prowadzonego procesu leczniczego pacjenta.
1. Przez cały okres realizacji projektu wsparciem lekarskim zostanie objętych łącznie 49 osób potrzebujących wsparcia.
2. Na stanowisku lekarza w ramach niniejszego postępowania, zostanie zatrudnionych co najmniej 2 lekarzy (w zależności od możliwości zaangażowania).
3. Lekarz będzie świadczyć swoje usługi w wymiarze średnio 2 wizyty w miesiącu u 1 uczestnika/uczestniczki projektu tj. łącznie 38 wizyt miesięcznie (2 wizyty \* 19 pacjentów). Podczas obowiązywania umowy, w ramach projektu lekarz przeprowadzi nie więcej niż 266 wizyt u pacjentów hospicjum domowego (19 osób potrzebujących wsparcia x 2 wizyty x 7 miesiące)
4. Świadczenie będzie realizowane do 30.09.2023 r.
5. Lekarz zapewni ciągłą opiekę lekarską nad pacjentami objętymi opieką hospicjum domowego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym zapewnieni całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza.
6. Wizyty lekarza u pacjentów hospicjum domowego mogą odbywać się od poniedziałku do niedzieli, włącznie ze świętami.
7. Pacjenci hospicjum domowego będą mieli możliwość przeprowadzenia konsultacji telefonicznych z lekarzem.
8. Lekarz będzie świadczył swoje usługi w miejscu zamieszkania osób potrzebujących wsparcia.
9. Lekarz we własnym zakresie pokryje koszty dojazdu do miejsca pobytu osoby potrzebującej wsparcia (na terenie miasta Łodzi).

**Termin realizacji zamówienia**

Zamówienie będzie realizowane niezwłocznie po podpisaniu umowy. Termin zakończenia wykonywania przedmiotu umowy – 09.2023 r.

**Miejsce realizacji zamówienia**

Zamawiający zaznacza, że realizacja usługi będzie realizowana na terenie miasta Łodzi.

**Warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonania oceny ich spełnienia**

**O realizację zamówienia ubiegać się mogą Wykonawcy tj. osoby fizyczne, osoby prawne albo jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, którzy spełnią następujące warunki:**

1. Posiadają wykształcenie i kwalifikacje zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż rok.

Ocena spełniania w/w warunku udziału w postępowaniu dokonywana będzie w oparciu o treść oświadczenia Wykonawcy zgodnie z treścią Załącznik 2a **lub** 2b oraz załącznika nr 3 do zapytania ofertowego, metodą warunku granicznego – spełnia / nie spełnia.

*Zamawiający informuje, że wybrany Wykonawca przed zawarciem umowy będzie zobowiązany do przedłożenia dokumentów potwierdzających spełnianie wymagań tj.: CV i świadectwa pracy, umowy inne dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie zawodowe, a także zaświadczenie potwierdzające ukończenie wymaganego szkolenia.*

Zamawiający informuje, że dla wyliczenia lat doświadczenia – (okres trwania od data /dzień, m-c, rok/ do data /dzień, m-c, rok/ wykonanej usługi) Zamawiający przyjmie zasadę:

1. w przypadku podania tylko lat - np. 2013-2014 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.01.2013r.- 31.12.2014r.
2. w przypadku podania miesiąca i roku – np. 04.2013-09.2013 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.04.2013r.-30.09.2013r.
3. w przypadku podania dokładnego okresu – np. 15.06.2014r. – 28.04.2014r. – Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 15.06.2014r. – 28.04.2014r.
4. Nie są powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo – przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania między 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:
* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika
z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w  linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w  stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Ocena spełniania w/w warunku udziału w postępowaniu dokonywana będzie w oparciu o treść oświadczenia Wykonawcy zgodnie z treścią Załącznik 2 do zapytania ofertowego, metodą warunku granicznego – spełnia / nie spełnia.

Oferty Wykonawców, którzy nie spełniają łącznie powyższych warunków zostaną odrzucone i nie będą podlegały dalszej ocenie.

**Kryteria oceny ofert, informacje o wagach procentowych przypisanych
do poszczególnych kryteriów oceny ofert, opis sposobu przyznawania punktacji za spełnienie danego kryterium oceny ofert, zasady wyboru oferty najkorzystniejszej**

Przy dokonywaniu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający stosować będzie kryteria:

1. cena za 1 wizytę brutto (C) – waga 80%
2. doświadczenie zawodowe na stanowisku Lekarza w pracy z pacjentem paliatywnym/onkologicznym – waga 20%

Ad. A) Kryterium cena (C) – waga 80%

Kryterium będzie rozpatrywane na podstawie ceny brutto za 1 wizytę wykonania przedmiotu zamówienia, podanej przez Wykonawcę w ofercie.

Zamawiający przyzna punkty na podstawie poniższego wzoru:

 **Cmin**

**C** = --------------- **x 80**

 **CB**

gdzie:

C– ilość punktów przyznana w kryterium **cena**

Cmin– najniższa cena brutto za 1 wizytę wśród złożonych ofert

CB – cena brutto za 1 wizytę badanej oferty

Przy ocenie w kryterium „cena za 1 wizytę brutto” najwyżej będzie punktowana oferta z najniższą ceną za 1 wizytę brutto.

Ad. B) Kryterium: doświadczenie zawodowe na stanowisku Lekarza w pracy z pacjentem paliatywnym/onkologicznym (D) – waga 20%

Zamawiający przyzna punkty za doświadczenie zawodowe na stanowisku Lekarza w pracy z pacjentem paliatywnym/onkologicznym.

Punkty za doświadczenie zawodowe na stanowisku Lekarza w pracy z pacjentem paliatywnym/onkologicznym będą przyznawane zgodnie z poniższym:

* Doświadczenie poniżej 1 roku: +0 pkt
* Doświadczenie od 1 do 2 lat: +10 pkt
* Doświadczenie powyżej 2 lat: +20 pkt

Zamawiający dokona wyboru oferty tego z Wykonawców, która uzyska w wyniku oceny ofert najwyższa liczbę punktów. Przyznanie punków poszczególnym ofertom odbędzie się w oparciu o następujący wzór:

Ocena oferty = C + D

C– ilość punktów przyznana w kryterium cena z 1 wizytę brutto

D– ilość punktów przyznana w kryterium za doświadczenie zawodowe na stanowisku Lekarza w pracy z pacjentem paliatywnym/onkologicznym

**Zasady wyliczania ceny:**

1. Zamawiający dla dokonania wyboru najkorzystniejszej oferty bierze pod uwagę sumę dwóch kryteriów przedstawionych powyżej zgodnie z formularzem ofertowym, a także z załącznikiem nr 3 przedstawionym przez Wykonawcę.
2. Wykonawca jest zobowiązany do wypełnienia wszystkich pól w formularzu ofertowym. Brak wypełnienia i określenia wartości, w którejkolwiek z pozycji formularza ofertowego, przekreślenia bądź błędy rachunkowe w treści formularza ofertowego spowodują odrzucenie oferty.
3. Wskazana przez Wykonawcę cena za 1 wizytę powinna zawierać wszelkie koszty bezpośrednie i pośrednie, jakie Wykonawca uważa za niezbędne do poniesienia dla prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia, zysk Wykonawcy oraz wszystkie wymagane przepisami podatki i opłaty, a w szczególności podatek VAT. Wykonawca powinien uwzględnić w cenie wszystkie posiadane informacje o przedmiocie zamówienia, a szczególnie informacje, wymagania i warunki podane w niniejszym zapytaniu ofertowym.
4. Cena podana w formularzu ofertowym winna być wyrażona w PLN, wyliczona
do dwóch miejsc po przecinku.
5. Cena zaoferowana przez Wykonawcę w niniejszej ofercie nie może ulec podwyższeniu przez cały okres realizacji zamówienia, o którym mowa w niniejszym zapytaniu.
6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość negocjowania ceny z Wykonawcą, który złoży ważną najkorzystniejszą ofertę, w przypadku, gdy cena tej oferty przekracza budżet projektu, którym dysponuje Zamawiający. W przypadku, gdy negocjacje w zakresie wskazanym w zdaniu poprzednim nie przyniosą efektu, Zamawiający unieważni postępowanie.
7. Stawkę podatku VAT Wykonawca określa zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.
8. Oferty zawierające rażąco niską cenę mogą zostać przez Zamawiającego odrzucone i nie będą podlegały rozpatrzeniu. Oferta zawierająca rażąco niską cenę to oferta, która jest niższa o 30% od średniej arytmetycznej cen (cena za 1 h brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia podana przez Wykonawcę w formularzu ofertowym) wszystkich podlegających rozpatrzeniu ofert (złożonych w terminie i kompletnych ofert). W przypadku wpłynięcia tylko jednej oferty – to oferta, nie odrzucona, która zawiera cenę (cena za 1 wizytę brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia podana przez Wykonawcę w formularzu ofertowym) niższą o 30% od ceny ustalonej przez Zamawiającego w ramach szacowania wartości zamówienia.
9. Zamawiający informuje, że nie będzie prowadził żadnego postępowania wyjaśniającego ani wzywał Wykonawców do uzupełnienia, sprecyzowania czy korekty złożonej oferty.
10. W przypadku odstąpienia przez Wykonawcę od podpisania oferty Zamawiający zastrzega prawo wyboru kolejnej oferty najwyżej ocenionej.

**Zasady sporządzania oferty**

1. Ofertę sporządzić należy na druku „Formularz ofertowy” stanowiącym **Załącznik nr 1** do niniejszego zapytania ofertowego, w języku polskim, czytelnie. Oferta winna być podpisana przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (dokument, z którego wynika umocowanie do złożenia oferty należy złożyć wraz z ofertą).
2. Do Formularza ofertowego stanowiącego **załącznik nr 1** do zapytania ofertowego należy dołączyć:
3. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym stanowiące **załącznik nr 2** do zapytania ofertowego.
4. Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu -  **załącznik nr 2a lub 2b** do zapytania ofertowego.
5. Pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający reprezentację – jeśli dotyczy.
6. Wykaz godzin doświadczenia osoby świadczącej usługę – **załącznik nr 3**
7. Klauzulę RODO – **załącznik nr 4**
8. Oryginał lub uwierzytelnioną kopię z CEIDG/KRS/innego właściwego rejestru- jeśli dotyczy (Zamawiający zaznacza, że o realizację zamówienia mogą starać się również osoby fizyczne nie prowadzące działalności gospodarczej).
9. Wymagany okres związania ofertą wynosi 30 dni.
10. Oferty wniesione po terminie Zamawiający pozostawia w dokumentacji projektu bez informowania o tym fakcie Wykonawcy.
11. Wykonawca może, przed upływem terminu do składania ofert, zmienić lub wycofać ofertę pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty musi zostać przygotowane, opieczętowane i oznaczone, a koperta dodatkowo oznaczona określeniami: „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.

**W niniejszym postępowaniu zostanie odrzucona oferta Wykonawcy, który:**

1. złoży ofertę niezgodną z treścią niniejszego zapytania ofertowego;
2. złoży ofertę niekompletną, tj. nie zawierającą oświadczeń i dokumentów wymaganych w niniejszym postępowaniu;
3. przedstawi nieprawdziwe informacje;
4. nie spełnia warunków udziału w postępowaniu;
5. złożył ofertę po terminie, o którym mowa w części „Miejsce i termin składania ofert”.

**Miejsce i termin składania ofert**

Ofertę (o ile składana jest w formie pisemnej) należy złożyć w 1 egzemplarzu w nieprzezroczystym, zabezpieczonym przed otwarciem opakowaniu. Opakowanie należy opisać następująco:

Dane Wykonawcy:

………………………………………..

**Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie**

**ul. Pojezierska 45/51, 91-338 Łódź**

Oferta w postępowaniu na:

**Zapewnienie opieki lekarskiej dla uczestników/uczestniczek pozostających pod opieką hospicjum domowego w ramach projektu pn.: „Opieka szyta na miarę” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020.**

**Oferty należy:**

1. złożyć osobiście, pocztą tradycyjną lub za pośrednictwem kuriera w Biurze Projektu Stowarzyszenia Hospicjum Łódzkie (pokój 1.11), ul. Pojezierska 45/51, 91-338 Łódź, w dni robocze w godzinach 08:00-16:00

**lub**

1. przesłać drogą elektroniczną (skan dokumentacji w formacie PDF) przez ogłoszenie o niniejszym zamówieniu znajdujące się w portalu <https://bazakonkurencyjnosci.funduszeeuropejskie.gov.pl/>lub na adres e-mail: hospicjum.rpo@wp.pl - w temacie wiadomości e-mail należy wpisać: **„ZAPYTANIE OFERTOWE nr 10 z dnia 27.02.2023 r.”**

**Ofertę należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia 8.03.2023 r. do godziny 15:00**

**W przypadku przesyłania ofert drogą mailową Zamawiający zaznacza, że wszystkie załączniki dołączone do niniejszego zapytania ofertowego muszą zostać podpisane i przesłane skanem.**

Za datę i godzinę złożenia oferty Zamawiający przyjmuje moment otrzymania oferty (decyduje data i godzina wpływu do Zamawiającego), nie zaś data stempla pocztowego. Oferty, które wpłyną po terminie wskazanym powyżej, będą podlegały odrzuceniu

Koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent/ Wykonawca składający ofertę.

Oferty wniesione po terminie Zamawiający pozostawia w dokumentacji przetargowej bez informowania o tym fakcie Wykonawcy.

Wykonawca może, przed upływem terminu do składania ofert, zmienić lub wycofać ofertę. Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu przed terminem składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu ofert zostanie przygotowane, opieczętowane i oznaczone, a koperta będzie dodatkowo oznaczona określeniami: „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.

**Określenie warunków istotnych zmian umowy**

Zamawiający przewiduje możliwość wprowadzenia istotnych zmian postanowień zawartej umowy z wybranym Wykonawcą w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy:

1. w przypadku zmiany przepisów prawa, wytycznych lub innych regulacji w zakresie mającym wpływ na realizację Umowy,
2. zmiany terminu realizacji umowy z przyczyn:
3. wynikających ze zmiany harmonogramu realizacji projektu lub przedłużającej się procedury wyboru wykonawcy w postępowaniu lub przedłużającej się procedury podpisywania umowy;
4. wynikających ze zmiany harmonogramu lub szczegółowego programu usługi z przyczyn niezależnych od Wykonawcy.
5. w zakresie aktualizacji danych Wykonawcy,
6. w przypadku wystąpienia siły wyższej, np.: wystąpienia zdarzenia losowego wywołanego przez czynniki zewnętrzne, którego nie można było przewidzieć
z pewnością, w szczególności zagrażającego bezpośrednio życiu lub zdrowiu ludzi lub grożącego powstaniem szkody w znacznych rozmiarach,
7. w przypadku zmiany liczby osób potrzebujących wsparcia,
8. Zamawiający przewiduje możliwość zwiększenia wartości umowy – udzielenia zamówienia dodatkowego na takich samych zasadach, co zamówienie podstawowe. Wartość zamówienia dodatkowego nie może przekraczać 50% wartości zamówienia podstawowego. Zamówienie dodatkowe może zostać udzielone w okresie 3 lat od udzielenia zamówienia podstawowego, jedynie w przypadku wystąpienia takiej konieczności, w szczególności w przypadku zwiększenia liczby uczestników/uczestniczek objętych wsparciem.

**Oferty częściowe i wariantowe**

Zamawiający nie przewiduje możliwości składania ofert wariantowych.

Zamawiający przewiduje możliwość składania ofert częściowych.

**Postanowienia dodatkowe**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyn, a Wykonawcom nie przysługują z tego tytułu jakiekolwiek roszczenia.
2. Postępowanie nie podlega przepisom Ustawy Prawo Zamówień Publicznych
w związku z powyższym Wykonawcom nie przysługują żadne środki ochrony prawnej. Zamawiający nie przewiduje, żadnej procedury odwoławczej.

**Spis załączników**

1. załącznik nr 1 – Formularz ofertowy;
2. załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym;
3. załącznik nr 2a i 2b – Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału
w postępowaniu;
4. Załącznik nr 3- Wykaz godzin doświadczenia osoby świadczącej usługę;
5. Załącznik nr 4- Klauzula RODO.

Łódź, dnia 27.02.2023 r.

**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane wykonawcy:**

Imię, nazwisko/nazwa Wykonawcy:……………………………………………………………………………...

NIP:……………………………………………………………………………………………..............................................

REGON:………………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL *(dot. osoby fizycznej składającej ofertę bez wpisu do CEIDG)*………………………………….

Siedziba/adres zamieszkania Wykonawcy:……………………………………………………......................

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

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

Telefon / faks:…………………………………………………………………………………........................................

E-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko osoby do kontaktów:……………………………………………………………………………

1. **W związku z zapytaniem ofertowym na:**

**Zapewnienie opieki lekarskiej dla uczestników/uczestniczek pozostających pod opieką hospicjum domowego w ramach projektu pn.: „Opieka szyta na miarę” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020.**

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zakresem zamieszczonym w zapytaniu ofertowym i jego załącznikach.

1. **Oświadczam, że:**
2. zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym i jego załącznikami i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń i w pełni go akceptuję,
3. zobowiązuję się w przypadku wyboru złożonej przeze mnie oferty do zawarcia umowy zgodnie z tym wzorem,
4. uzyskałem/-am wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty,
5. oferowany przeze mnie przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego określone w zapytaniu ofertowym,
6. zamówienie wykonam na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym
i załącznikach do niego,
7. uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym, czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
8. wypełniłem/-am obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia 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 – wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu złożenia niniejszej oferty,
9. **Przedmiot zamówienia wykonam za cenę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USŁUGA** | **Jednostka miary** | **Cena za jedną wizytę brutto (zł)** |
| *Kol. 1*  | *Kol. 2*  | *Kol. 4*  |
| Zapewnienie opieki lekarskiej | 1 wizyta |  |

Oświadczam, że powyższa cena za 1 wizytę brutto zawiera wszelkie koszty związane z prawidłową i pełną realizacją przedmiotu zamówienia.

1. **Załączniki:**
2. Oświadczenie o spełnianiu warunków i niepodleganiu wykluczeniu podmiotu z udziału w postępowaniu
3. Wykaz doświadczenia zawodowego
4. …………[[1]](#footnote-1)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Czytelny Podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Składając ofertę na:

**Zapewnienie opieki lekarskiej dla uczestników/uczestniczek pozostających pod opieką hospicjum domowego w ramach projektu pn.: „Opieka szyta na miarę” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020.**

Oświadczam, że jako Oferent/ Wykonawca nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo – przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania między 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:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
* posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
* pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w  linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w  stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Czytelny Podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2a do Zapytania ofertowego**

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

**(dotyczy Wykonawcy, który realizuje usługę osobiście, tj. osoba prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą i świadcząca usługę osobiście lub osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej)**

Nazwa/ Imię i nazwisko Wykonawcy:…………………………………………………………….………………….……

NIP/PESEL:………………………………………………………………………………………………………………….………….………....

Siedziba/adres zamieszkania Wykonawcy:……………………………………………………….…............................

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

Telefon: …….………………………………………………………………………………...........................................................

e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………………..……………

Ja niżej podpisany/ -a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oświadczam, iż:

1. Posiadam/Nie posiadam\*: wykształcenie i kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu lekarza.

2. Posiadam/ Nie posiadam\*: doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż rok.

Zamawiający informuje, iż na etapie podpisania umowy wymaganym będzie dołączenie przez Wykonawcę CV oraz kopii dokumentów potwierdzających odpowiednie kwalifikacje wskazane w pkt. 1 niniejszego oświadczenia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Czytelny Podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

\* ) niepotrzebne skreślić

\*\* ) Zamawiający informuje, że dla wyliczenia lat doświadczenia – (okres trwania od data /dzień, m-c, rok/ do data /dzień, m-c, rok/ wykonanej usługi) Zamawiający przyjmie zasadę:

1. w przypadku podania tylko lat - np. 2013-2014 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.01.2013r.- 31.12.2014r.
2. w przypadku podania miesiąca i roku – np. 04.2013-09.2013 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.04.2013r.-30.09.2013r.
3. w przypadku podania dokładnego okresu – np. 15.06.2014r. – 28.04.2014r. – Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 15.06.2014r. – 28.04.2014r.

**Załącznik nr 2b do Zapytania ofertowego**

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu:**

**(dotyczy Wykonawcy, który dysponuje kadrą niezbędną do realizacji zamówienia)**

Nazwa Wykonawcy:…………………………………………………………………………………………………………………

NIP:………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Siedziba Wykonawcy:…………………………………………………….......................................

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

Telefon: ………..…………………………………………………………………………………........................................................

e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………….…………

Ja niżej podpisany/ -a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oświadczam, iż:

1. Dysponuję/ Nie dysponuję\* kadrą posiadającą wykształcenie i kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu lekarza.

2. Dysponuję/ Nie dysponuję\* kadrą posiadającą: doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie/w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż rok\*\*.

Zamawiający informuje, iż na etapie podpisania umowy wymaganym będzie dołączenie przez Wykonawcę CV oraz kopii dokumentów potwierdzających odpowiednie kwalifikacje wskazane w pkt. 1 niniejszego oświadczenia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data i Czytelny Podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

\* ) niepotrzebne skreślić

\*\* ) Zamawiający informuje, że dla wyliczenia lat doświadczenia – (okres trwania od data /dzień, m-c, rok/ do data /dzień, m-c, rok/ wykonanej usługi) Zamawiający przyjmie zasadę:

1. w przypadku podania tylko lat - np. 2013-2014 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.01.2013r.- 31.12.2014r.
2. w przypadku podania miesiąca i roku – np. 04.2013-09.2013 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.04.2013r.-30.09.2013r.
3. w przypadku podania dokładnego okresu – np. 15.06.2014r. – 28.04.2014r. – Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 15.06.2014r. – 28.04.2014r.

**Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego**

**WYKAZ GODZIN DOŚWIADCZENIA OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGĘ**

Dot. zapytania ofertowego na wybór Wykonawcy

**Zapewnienie opieki lekarskiej dla uczestników/uczestniczek pozostających pod opieką hospicjum domowego w ramach projektu pn.: „Opieka szyta na miarę” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres usługi**  | **Rodzaj pacjenta****(paliatywnym/onkologicznym lub inny)** | **Termin realizacji****od mm/rok do mm/rok** |
| 1. |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

\*Można dodawać kolejne wiersze

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Czytelny Podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego – Klauzula informacyjna**

|  |
| --- |
| **Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych** |

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zamawiający informuje, że:

1. Administratorem Pana/Pani osobowych jest odpowiednio:
	* 1. Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
		2. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.
2. Może Pan/Pani skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:
3. w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl
4. w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pl
5. lub adres poczty marta.orlikowska@gptogatus.pl (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
6. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Opieka szyta na miarę” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
7. Przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:
	1. w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
8. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
9. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
10. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
	1. w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:
11. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
12. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
13. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
14. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
15. Odbiorcą Pana/Pani danych jest:
	* 1. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
		2. Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
		3. Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź,
		4. Beneficjent realizujący Projekt - Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie, ul. Pojezierska 45/51, 91-338 Łódź (nazwa i adres Beneficjenta),

Pana/Pani dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

1. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
2. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
3. Ma Pana/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania\*, ~~usunięcia~~ lub ograniczenia\*\* przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
4. Ma Pana/Pani do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania.
6. Wykonawca jest zobowiązany wypełnić obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyska w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.

*\*Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z Zapytaniem ofertowym.*

*\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

|  |
| --- |
| ……………………….………..………………....  |
| Podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy |

1. Należy wpisać nazwę dołączanego załącznika [↑](#footnote-ref-1)