



ZAPYTANIE OFERTOWE
na prowadzenie zajęć hipoterapii dla uczestników projektu:
„SPRAWNOŚĆ TO SAMODZIELNOŚĆ
- zajęcia usprawniające dla osób z deficytami rozwojowymi”

Nr postępowania 1/ZPO-PFRON/NADZIEJA/2024 z dnia 2024-02-01

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych „NADZIEJA” 32 - 590 Libiąż ul. 9 Maja 2/4
Tel. 606 632 341 e-mail: nadziejason@gmail.com,

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zapytania ofertowego jest przeprowadzenie 612 godzin zajęć hipoterapii dla 30 uczestników projektu: „SPRAWNOŚĆ TO SAMODZIELNOŚĆ - zajęcia usprawniające dla osób z deficytami rozwojowymi” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu 1/2023 „Możemy więcej” - kierunek pomocy 2: ZWIĘKSZENIE SAMODZIELNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH – typ projektu 3: Prowadzenie rehabilitacji w placówce(rehabilitacja ciągła) ogłoszonego na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

CPV: 85000000-9

4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. listy obecności uczestników projektu (BO), formularze BO, i inne z uwzględnieniem wymogów dot. zastosowania logo PFRON),
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych zajęć,
- przeprowadzenie zajęć hipoterapii dla uczestników projektu na terenie wykonawcy
- zapewnienie wykwalifikowanej kadry do przeprowadzenia zajęć.

5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie, dla których mają być przeprowadzone indywidualne zajęcia hipoterapii.

6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie realizowane będzie na terenie woj. małopolskiego w okresie marzec 2024 - luty 2025 r.



7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Składający ofertę posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności.

8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i posiadane uprawnienia
- kopie dokumentów potwierdzających wpis do ewidencji działalności gospodarczej (jeżeli dotyczy)
- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2

9. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA

Rozliczenia prowadzone w PLN

10. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Ofertę należy przygotować w języku polskim dołączając do niej wszystkie niezbędne dokumenty stanowiące załączniki do zapytania ofertowego.

11. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Ewa Sieczkowska tel.: Tel. 606 632 341

12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia 28.02.2024 r. elektronicznie na adres nadziejason@gmail.com, osobiście w siedzibie Zamawiającego w godz. 9:00 - 12:00 lub za pośrednictwem poczty polskiej (decyduje data stempla pocztowego) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 32-590 Libiąż, ul. 9 Maja 2/4. Oferty, które wpłyną po ww. terminie nie będą podlegać ocenie.

13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Cena – max 80 pkt

Doświadczenie w prowadzeniu hipoterapii –max 20pkt

14. SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY

Przesłane przez Państwa informacje będą brane pod uwagę przy wyborze najkorzystniejszej oferty wg. kryterium punktowego: max. 100 pkt.

Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierować przy wyborze oferty:

Zasady oceny kryterium „Cena” – 80 pkt:

$$Xc = \frac{C \text{ min}}{Ci} \times 80 \text{ pkt.}$$

gdzie:

Xc - wartość punktowa ceny



C min - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert
Ci - cena w ofercie „i”

Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” - 20 pkt.:

Liczba lat pracy z osobami niepełnosprawnymi poniżej 3 lat - 5 pkt.

Liczba lat pracy z osobami niepełnosprawnymi od 3 roku do 5 lat- 10 pkt.

Liczba lat pracy z osobami niepełnosprawnymi pow. 5 lat - 20pkt.

Zamawiający nie dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

Zamawiający dopuszcza do składania ofert osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

Zamawiający dopuszcza możliwość wybrania kilku oferentów lub nie wybrania żadnej oferty.

W przypadku uzyskania jednakowej liczby punktów przez Oferentów lub w przypadku wątpliwości dot. doświadczenia i kwalifikacji Oferentów, Zamawiający przeprowadzi rozmowy kwalifikacyjne, których wynik łącznie z punktacją uzyskaną za zaoferowaną cenę zdecyduje o dokonaniu ostatecznego wyboru.

15. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zamieszcza informacje, o rozstrzygnięciu zapytania ofertowego na stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie.

Umowa z wykonawcą zostanie zawarta przed podjęciem współpracy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.

16. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

1 marca 2024 r. – 28 luty 2025 r.

17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny. W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

18. FINANSOWANIE

Zamówienie jest finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. „SPRAWNOŚĆ TO SAMODZIELNOŚĆ - zajęcia usprawniające dla osób z deficytami rozwojowymi”.



UWAGI KOŃCOWE

a) Z możliwości realizacji zamówienia będą wyłączone podmioty, które powiązane są z beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo.

b) Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych, a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych „NADZIEJA” w Libiążu do zawarcia umowy. Stowarzyszenie może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego na prowadzenie zajęć hipoterapii dla uczestników projektu „SPRAWNOŚĆ TO SAMODZIELNOŚĆ - zajęcia usprawniające dla osób z deficytami rozwojowymi” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr 1/ZPO-PFRON/NADZIEJA/2024 dotyczące zamówienia na prowadzenie zajęć hipoterapii dla uczestników „Z ruchem po lepszą sprawność - zajęcia usprawniające dla osób z deficytami rozwojowymi” oferujemy wykonanie usługi za:

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1h	Miasto/miejsce na terenie którego oferent będzie prowadzić zajęcia
Cena brutto za 1 godzinę zajęć hipoterapii zł/h	

.....
podpis Wykonawcy



Wykaz prac wykonywanych przez Wykonawcę, w których wykorzystywał w sposób praktyczny wiedzę zawartą w tematyce przedmiotu, który będzie prowadził:

L.p.	Daty (rok od – do)	Nazwa Pracodawcy/ Zamawiającego	Obowiązki	Stanowisko

Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych „NADZIEJA” w Libiążu realizuje projekt pn. „SPRAWNOŚĆ TO SAMODZIELNOŚĆ - zajęcia usprawniające dla osób z deficytami rozwojowymi” finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu nr 1/2023 pn. „Możemy więcej” – kierunek pomocy 2: ZWIĘKSZENIE SAMODZIELNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ogłoszonego na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.



Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....

.....

.....

Nazwa i dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego na prowadzenie zajęć hipoterapii dla uczestników „Z ruchem po lepszą sprawność - zajęcia usprawniające dla osób z deficytami rozwojowymi” ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a)
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 udziałów lub co najmniej 10% 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.

.....

podpis Wykonawcy