



## Zapytanie ofertowe nr 4/DDOM/2017

współpraca z lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej

w Dziennym Domu Opieki Medycznej

### I. ZAMAWIAJĄCY

NZOZ Eter-Med. Sp. z o.o., ul. Żabi Kruk 10, 80-822 Gdańsk

NIP 5832708120 REGON 192471992

### II. TRYB POSTĘPOWANIA

Zamówienie realizowane jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego „Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020” na realizację projektu pt. *Utworzenie i prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej ETER-MED dla osób niesamodzielnych, przede wszystkim po 65 roku życia, które ze względu na wiek, czy niepełnosprawność potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu.*

Nr projektu: POWR.05.02.00-00-0138/15

Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest zgodnie z zasadą konkurencyjności poprzez udostępnienie zapytania ofertowego na stronie [www.etermed.pl](http://www.etermed.pl) oraz <https://bazakonkurencyjnosci.funduszeuropejskie.gov.pl/>.

Data publikacji zapytania ofertowego: **17.03.2017**

### III. SKRÓCONY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

NZOZ Eter-Med Sp. z o.o. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gdańsku poszukuje kandydatów na **stanowisko lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej** w projekcie pt. *Utworzenie i prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej ETER-MED dla osób niesamodzielnych, przede wszystkim po 65 roku życia, które ze względu na wiek, czy niepełnosprawność potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu* realizowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego „Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020”.

**KATEGORIA OGŁOSZENIA:** Usługi, Usługi inne

**KOD CPV:** 85000000-9 Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej

### IV. CEL ZAMÓWIENIA

Współpraca z lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej, spełniającego kwalifikacje określone w projekcie. Kwalifikacje te opisane są w punkcie V. WARUNKI UDZIAŁU.



## V. WARUNKI UDZIAŁU

- odpowiednie wykształcenie (specjalizacja w dziedzinie rehabilitacji medycznej),
- zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby.

Powyższe warunki udziału należy potwierdzić poprzez załączenie stosowych dokumentów, np. dyplom potwierdzający kwalifikacje, świadectwo ukończenia szkoły.

### Mile widziane:

- doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi.

## VI. HARMONOGRAM REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Zaangażowanie Zleceniobiorcy ok. 3,5 godziny miesięcznie. Przewidywany czas trwania umowy od 1 kwietnia 2017 roku do 30 czerwca 2018 roku. Obejmuje dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 08:00-17:00. Możliwość przedłużenia współpracy na okres co najmniej 3 lat (na okres trwałości projektu lub dłużej).

## VII. DODATKOWE WARUNKI

1. Współpraca z osobą w ramach umowy cywilno-prawnej.
2. W postępowaniu nie mogą uczestniczyć **podmioty powiązane osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym**. Przez **powiązania kapitałowe lub osobowe** rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem (zamawiającym) lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta (zamawiającym) lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta (zamawiającego) czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:
  - 1) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  - 2) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa,
  - 3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  - 4) 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.
3. W przypadku gdy Wykonawca będzie powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, Wykonawca zostanie wykluczony z postępowania.
4. Potwierdzeniem braku powiązań osobowych lub kapitałowych jest złożenie przez Wykonawcę **oświadczenia o braku powiązań osobowych lub kapitałowych (Załącznik nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego)**.

## VIII. LISTA DOKUMENTÓW / OŚWIADCZEŃ WYMAGANYCH OD WYKONAWCY

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED Sp. z o.o.

Siedziba Główna: 80-822 Gdańsk, ul. Żabi Kruk 10, Email: [sekretariat@etermed.pl](mailto:sekretariat@etermed.pl)

Fax/058/350-97-68 Tel. Sekretariat: /058/346-31-04 Tel. Recepcja Główna: /058/320-26-00

NIP: 583-27-08-120 KRS:0000126348 (Sąd Rejonowy Gdańsk Północ, VII Wydział Gospodarczy), kapitał zakładowy: 330.000PLN



1) **Załącznik nr 1 do zapytania (Formularz ofertowy)** - wraz ze wskazaniem proponowanej kwoty brutto (wraz z kosztami pracodawcy) wynagrodzenia za realizację umowy – **w ujęciu za 1 godzinę**.

2) **Załącznik nr 2 do zapytania** – oświadczenie wykonawcy o braku powiązań osobowych lub kapitałowych.

3) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje (np. świadectwa, dyplomy ukończenia, certyfikaty).

## IX. MIEJSCE I SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Składanie ofert może nastąpić w formie pisemnej jak i elektronicznej.

Oferta może być złożona w formie elektronicznej na adres mailowy: [praca@etermed.pl](mailto:praca@etermed.pl) bądź w formie papierowej w zamkniętym opakowaniu w sekretariacie Zamawiającego przy ul. Żabi Kruk 10 w Gdańsku.

2. Oferta może być dostarczona do zamawiającego za pośrednictwem: poczty elektronicznej, poczty, kuriera bądź osobiście na adres NZOZ Eter-Med. Sp. z o.o. **do dnia 28.03.2017.**

3. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

4. Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

5. W toku badania o oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie: [www.etermed.pl](http://www.etermed.pl) oraz <https://bazakonkurencyjnosci.funduszeuropejskie.gov.pl/>.

## X. KRYTERIUM OCENY OFERTY

Zamawiający dokona oceny ofert w oparciu o następujące kryteria:

Lp.	Kryterium	Waga (%)
1.	Cena brutto	70
2.	Doświadczenie zawodowe	25
3.	Kwalifikacje zawodowe	5

### a) Kryterium cena brutto (C)

Największą liczbę punktów otrzyma oferta z **najniższą ceną brutto**.

Ocena ofert dokonywana będzie według następującego wzoru:

$$C = \frac{C_n}{C_b} \times 100 \times 70\%$$

**C** – otrzymane punkty w ramach tego kryterium;

**C<sub>n</sub>** – cena brutto oferty najtańszej;

**C<sub>b</sub>** – cena brutto oferty badanej.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED Sp. z o.o.

Siedziba Główna: 80-822 Gdańsk, ul. Żabi Kruk 10, Email: [sekretariat@etermed.pl](mailto:sekretariat@etermed.pl)

Fax/058/350-97-68 Tel. Sekretariat: /058/346-31-04 Tel. Recepcja Główna: /058/320-26-00

NIP: 583-27-08-120 KRS:0000126348 (Sąd Rejonowy Gdańsk Północ, VII Wydział Gospodarczy), kapitał zakładowy:

330.000PLN



Maksymalna ilość punktów możliwa do zdobycia w tym kryterium – **70 punktów**.

#### **b) Doświadczenie zawodowe (D)**

**25 punktów** otrzyma Wykonawca, który zadeklaruje, że posiada **doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi**. Wykonawca, który nie posiada w/w doświadczenia, otrzyma **0 punktów**.

Oferty w ramach kryterium „Doświadczenie zawodowe” będą oceniane na podstawie danych podanych przez Wykonawcę w formularzu ofertowym

W sytuacji, gdy Wykonawca nie wskaże **w formularzu ofertowym doświadczenia zawodowego**, oferta Wykonawcy w ramach kryterium „Doświadczenie zawodowe” otrzyma **0 punktów**.

Maksymalna ilość punktów możliwa do zdobycia w tym kryterium – **25 punktów**.

#### **c) Kwalifikacje zawodowe (K)**

**5 punktów** otrzyma Wykonawca, który ukończył szkolenie w ramach projektu pn. "Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej". Wykonawca, który nie ukończył w/w szkolenia, otrzyma **0 punktów**.

Maksymalna ilość punktów możliwa do zdobycia w tym kryterium – **5 punktów**.

**Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta**, która uzyska największą liczbę punktów (P), będącą sumą punktów przyznanych w poszczególnych kryteriach:  **$P = C + D + K$** . **Łączna maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania – 100 punktów**.

Jeżeli nie będzie można wybrać oferty najkorzystniejszej z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans ceny i innych kryteriów oceny ofert, Zamawiający spośród tych ofert wybierze ofertę z najniższą ceną.

### **XI. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY**

1. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający powiadomi telefonicznie wszystkich uczestników postępowania 29.03.2017 r.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia konkursu ze wskazaniem podstawy faktycznej unieważnienia. Informacja o unieważnieniu zostanie udostępniona na stronie [www.etermed.pl](http://www.etermed.pl) oraz <https://bazakonkurencyjnosci.funduszeuropejskie.gov.pl/>.

### **XII. Warunki zmian umowy**

1. Zamawiający przewiduje możliwość zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy, w przypadku wystąpienia co najmniej jednej z okoliczności wymienionych poniżej, z uwzględnieniem warunków ich wprowadzenia:

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED Sp. z o.o.

Siedziba Główna: 80-822 Gdańsk, ul. Żabi Kruk 10, Email: [sekretariat@etermed.pl](mailto:sekretariat@etermed.pl)

Fax/058/350-97-68 Tel. Sekretariat: /058/346-31-04 Tel. Recepcja Główna: /058/320-26-00

NIP: 583-27-08-120 KRS:0000126348 (Sąd Rejonowy Gdańsk Północ, VII Wydział Gospodarczy), kapitał zakładowy:

330.000PLN



- 1) **zmiana obowiązującej stawki podatku od towarów i usług (VAT)** – jeśli zmiana stawki podatku od towarów i usług (VAT) będzie powodować zwiększenie kosztów wykonania umowy po stronie Wykonawcy, Zamawiający dopuszcza możliwość zwiększenia wynagrodzenia o kwotę równą różnicy w kwocie podatku zapłaconego przez Wykonawcę;
  - 2) **zmiana sposobu rozliczania umowy lub dokonywania płatności na rzecz Wykonawcy** - np. na skutek zmian zawartej przez Zamawiającego umowy o dofinansowanie projektu lub zmian wytycznych dotyczących realizacji projektu;
  - 3) **zmiana terminu realizacji przedmiotu zamówienia** – po wyrażeniu zgody przez Instytucję Pośredniczącą;
  - 4) **wystąpienia siły wyższej** – jako „siły wyższe” uznaje się klęski żywiołowe, huragan, powódź, katastrofy transportowe, pożar, eksplozje, wojna i inne nadzwyczajne wydarzenia, których zaistnienie leży poza zasięgiem i kontrolą układających się stron („siła wyższa” – to zdarzenie (a) zewnętrzne, (b) niemożliwe lub prawie niemożliwe do przewidzenia, (c) którego skutkom nie można zapobiec);
  - 5) **konieczność zrealizowania przedmiotu zamówienia przy zastosowaniu innych rozwiązań technicznych, technologicznych lub materiałowych niż wskazane w dokumentacji** – w sytuacji, gdyby zastosowanie przewidzianych rozwiązań groziło niewykonaniem lub wadliwym wykonaniem przedmiotu zamówienia;
  - 6) **w każdym przypadku, gdy zmiana jest korzystna dla Zamawiającego** – np. powoduje skrócenie terminu realizacji umowy, zmniejszenie wartości zamówienia;
  - 7) **w przypadku zmiany umowy o dofinansowanie** do projektu nr POWR.05.02.00-00-0138/15.
2. Zmiany postanowień zawartej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności, podpisanego przez obie strony.



Załącznik nr 1

Zapytanie ofertowe nr 4/DDOM/2017

(pieczęć)

....., dnia .....

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Kandydatura na stanowisko lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej  
dla NZOZ Eter-Med. Sp. z o.o. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gdańsku

### Dane Wykonawcy:

Wykonawca .....

Adres .....

Numer telefonu .....

Numer NIP/PESEL .....

Numer PWZ .....

Kwalifikacje .....

.....

.....

1. **Proponowana kwota brutto wynagrodzenia w ujęciu za 1 godzinę** (w dni robocze, w godzinach 8:00-17:00) ..... (kwota brutto wraz z kosztami pracodawcy).

2. **Doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi** - ..... (w liczbie lat).

3. **Kwalifikacje zawodowe – Wykonawca ukończył szkolenie w ramach projektu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”;**  
TAK/NIE\*

\* odpowiedź należy podkreślić.

4. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego, uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania oraz nie wnosimy żadnych zastrzeżeń.

5. **Oświadczamy**, że uzyskaliśmy wszelkie konieczne informacje do przygotowania oferty.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED Sp. z o.o.

Siedziba Główna: 80-822 Gdańsk, ul. Żabi Kruk 10, Email: [sekretariat@etermed.pl](mailto:sekretariat@etermed.pl)

Fax/058/350-97-68 Tel. Sekretariat: /058/346-31-04 Tel. Recepcja Główna: /058/320-26-00

NIP: 583-27-08-120 KRS:0000126348 (Sąd Rejonowy Gdańsk Północ, VII Wydział Gospodarczy), kapitał zakładowy:

330.000PLN

6. **Oświadczamy**, że wyżej podana cena obejmuje realizację wszystkich zobowiązań Wykonawcy opisanych w zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami.

7. **Oświadczamy**, iż oferta ważna jest przez **30 dni** licząc od dnia złożenia oferty.

8. **Oświadczamy**, iż podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

9. **Zobowiązujemy się** w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w niej warunkach, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

10. **Osobą do kontaktu** w sprawie oferty jest:

Pan/Pani: .....

tel.: .....

e-mail: .....

11. **Załącznikami** do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

1) **oświadczenie** o braku powiązań osobowych lub kapitałowych;

2) .....

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)



Załącznik 2

Zapytanie ofertowe nr 4/DDOM/2017

(pieczęć)

....., dnia .....

### OŚWIADCZENIE

#### o braku powiązań osobowych lub kapitałowych

1. **Oświadczamy, że nie jesteśmy podmiotem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.**
2. Przez **powiązania kapitałowe lub osobowe** rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem (zamawiającym) lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta (zamawiającym) lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta (zamawiającego) czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:
  - 1) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  - 2) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa,
  - 3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  - 4) 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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(Pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)