



Kościerzyna, 7 lipca 2011 r.

PCPR.BO.042.2.23.2011

ZAPROSZENIE
do złożenia propozycji cenowej na:
przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych
dla 27 osób niepełnosprawnych

1. Opis zadania

Przeprowadzenie zabiegów rehabilitacyjnych dla 27 osób z orzeczoną niepełnosprawnością, będących uczestnikami projektu pt.: „Mój potencjał – moja szansa na samodzielne życie”, obejmujące swym zakresem:

- poradę lekarską rehabilitacyjną, obejmującą m.in. ogólną ocenę stanu zdrowia (badanie lekarskie), wystawienie skierowania na fizjoterapię zgodnie z potrzebami osoby niepełnosprawnej, określenie rodzaju warunków przeprowadzenia zabiegów fizjoterapeutycznych (warunki ambulatoryjne lub domowe);
- sesja 10 zabiegów fizjoterapeutycznych – w cyklu terapeutycznym 10 dni zabiegowych, obejmujących minimum 3 zabiegi w ciągu 1 dnia zabiegowego, wg wskazania lekarza;
- po zakończeniu zabiegów udzielenie pacjentowi wskazówek co do dalszego postępowania rehabilitacyjnego.

Uczestnikami/Odbiorcami zabiegów rehabilitacyjnych będą osoby niepełnosprawne, w tym osoby głuche w wieku 19-58 lat, posiadające miejsce zamieszkania na terenie Powiatu Kościerskiego wg poniższego zestawienia stopnia i rodzaju niepełnosprawności:



Lp.	Grupa/stopień niepełnosprawności rodzaj niepełnosprawności
1.	II grupa inwalidzka L
2.	umiarkowany L/O
3.	znaczny L
4.	I grupa inwalidzka L
5.	znaczny L/O
6.	znaczny L
7.	umiarkowany L/R/O
8.	III grupa inwalidzka L
9.	znaczny R/N/L
10.	znaczny M
11.	lekki R/I
12.	umiarkowany I/M
13.	znaczny O/S/R
14.	znaczny N/R
15.	umiarkowany S
16.	III grupa inwalidów R
17.	znaczny M
18.	II grupa inwalidów z ogólnego stanu zdrowia
19.	lekki E
20.	znaczny N
21.	znaczny N
22.	umiarkowany N/R/I
23.	znaczny R/M/I
24.	umiarkowany S
25.	znaczny R/N
26.	znaczny R/N/M
27.	umiarkowany O

Projekt pn. „Mój potencjał – moja szansa na samodzielne życie” realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII Promocja integracji społecznej, Działanie 7.1 Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji, Poddziałanie 7.1.2 Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

2. Termin wykonania zadania:

Termin realizacji zamówienia od miesiąca lipca do końca września 2011r.

3. Oferent powinien posiadać:

- 5.1 Aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego (jeżeli dotyczy).
- 5.2 Uprawnienia do wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych.
- 5.3 Wiedzę i doświadczenie w realizacji zamówienia.
- 5.4 Dysponować odpowiednim sprzętem i narzędziami do realizacji zamówienia.
- 5.5 Osobami zdolnymi do realizacji zamówienia, posiadającymi następujące kwalifikacje zawodowe:
 - ukończone studia (licencjackie, magisterskie, podyplomowe),
 - dodatkowe kursy uzupełniające z zakresu fizjoterapii.

4. Miejsce i termin składania propozycji cenowej:

Propozycje cenowe należy złożyć w terminie do dnia **15.07.2011 r. do godz. 12.00** w zaklejonej kopercie w siedzibie Zleceniodawcy, tj. w sekretariacie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie, ul. Krasickiego 4, 83 – 400 Kościerzyna lub drogą elektroniczną na adres: pcpr.koscierzyna@powiatkoscierski.pl.

Na kopercie należy zamieścić nazwę i adres Zleceniodawcy, nazwę i adres Oferenta oraz napis: Propozycja cenowa przeprowadzenia zabiegów rehabilitacyjnych dla 27 niepełnosprawnych uczestników projektu pt.: „Mój potencjał – moja szansa na samodzielne życie”.

Propozycje cenowe, które wpłyną po w/w terminie nie będą rozpatrywane.

5. Oferent składając propozycję cenową dostarcza następujące dokumenty:

- 5.1 Formularz ofertowy wg załączonego wzoru - załącznik nr 1.
- 5.2 Wykaz kadry dydaktycznej, która będzie uczestniczyć w realizacji zamówienia wg załączonego wzoru - załącznik nr 2.
- 5.3 Wykaz sprzętu i narzędzi niezbędnych do realizacji zamówienia wg załączonego wzoru – załącznik nr 3.
- 5.4 Oświadczenie o spełnieniu warunku udziału w zamówieniu wg załączonego wzoru – załącznik nr 4.
- 5.5 Kalkulację kosztów wg załączonego wzoru - załącznik nr 5.
- 5.6 Kserokopię aktualnego wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.

5.7 Dokumenty potwierdzające wiedzę i doświadczenie, o których mowa w pkt. 3.3:

- a) kserokopie dokumentów potwierdzających ukończenie przez przedstawioną kadrę studiów (licencjackich, magisterskich, podyplomowych),
- b) zaświadczenia, certyfikaty dodatkowych kursów uzupełniających z zakresu fizjoterapii,

5.8 Wzór dokumentacji, z której Oferent będzie korzystał podczas realizacji zamówienia (skierowanie lekarskie, wykaz wykonanych zabiegów fizjoterapeutycznych).

6. Kryteria wyboru:

Cena – 100%.

W cenę propozycji należy wliczyć wartość usługi określonej w oparciu o przedmiot zamówienia, obowiązujący podatek od towarów i usług VAT. Cena podana przez Oferenta za świadczoną usługę jest obowiązująca przez okres ważności umowy i nie będzie podlegała waloryzacji w czasie jej trwania.

Z poważaniem

Piotr Lizakowski
Starosta