



Kup, dn. 17 listopada 2016r.

Zapytanie ofertowe nr DDOM/W/10/11/2016
dotyczy świadczenia usług zdrowotnych
na rzecz pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej

Postępowanie prowadzone jest zgodnie z zasadą konkurencyjności określona w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 z dnia 10 kwietnia 2015r.”

I. ZAMAWIAJĄCY:

Stobrawskie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup
NIP: 991-04-98-289
REGON: 530938517
KRS: 0000514922

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych na rzecz pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej (zwanego dalej DDOM) w zakresie:

1.1. ZAKRES 1 - Dietetyk – szczegółowy zakres:

- a) Udzielanie konsultacji dietetycznych dla pacjentów DDOM,
- b) Opracowanie indywidualnych zaleceń żywieniowych dla pacjentów DDOM,
- c) Udzielanie porad w zakresie żywienia pacjentów DDOM,
- d) Udzielanie porad w zakresie żywienia członkom rodzin pacjentów DDOM,
- e) Uczestniczenie w spotkaniach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
- f) Wymiar czasu pracy – 60 godzin miesięcznie,
- g) Ilość pacjentów przebywających jednocześnie w DDOM – do 15 osób.
- h) Termin realizacji zamówienia: od dnia 1 grudnia 2016r. do dnia 31 maja 2018r.

1.2. ZAKRES 2 - Konsultacje lekarskie z zakresu rehabilitacji medycznej – szczegółowy zakres:

- a) Dokonywanie oceny stanu zdrowia nowoprzyjętych pacjentów DDOM,
- b) Udzielanie bieżących konsultacji medycznych pacjentom DDOM,
- c) Monitorowanie stanu zdrowia pacjentów DDOM,
- d) Uczestniczenie w spotkaniach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
- e) Wymiar czasu pracy – 30 godzin miesięcznie,
- f) Ilość pacjentów przebywających jednocześnie w DDOM – do 15 osób,
- g) Termin realizacji zamówienia: od dnia 1 grudnia 2016r. do dnia 31 maja 2018r.

1.3. ZAKRES 3 - Psycholog – szczegółowy zakres:

- a) Nawiązywanie relacji terapeutycznych z pacjentami i przeprowadzanie postępowania diagnostycznego w tym niezbędnych testów gerontopsychiatrycznych,
- b) Wykonywanie niezbędnych badań neuropsychologicznych,
- c) Ustalanie problemów i potrzeb psychologicznych pacjentów DDOM,



- d) Proponowanie form oddziaływań wychowawczych i terapeutycznych indywidualnie dla każdego pacjenta DDOM,
 - e) Zapewnienie wsparcia psychologicznego rodzinom pacjentów DDOM,
 - f) Uczestniczenie w spotkaniach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
 - g) Wymiar czasu pracy – 60 godzin miesięcznie,
 - h) Ilość pacjentów przebywających jednocześnie w DDOM – do 15 osób,
 - i) Termin realizacji zamówienia: od dnia 1 grudnia 2016r. do dnia 31 maja 2018r.
2. **Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych dla każdego zakresu z osobna.**

III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ SPOSÓB DOKONYWANIA OCENY ICH SPEŁNIANIA.

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy:

ZAKRES 1:

- a) Posiadają ukończone studia magisterskie na kierunku dietetyka w specjalności dietetyka kliniczna. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą kopię dyplomu magistra,
- b) Posiadają ukończony kurs w zakresie psychodietetyki. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą kopię zaświadczenia o ukończeniu kursu,
- c) Posiadają minimum dwuletnie doświadczenie w pracy stanowisku dietetyka z osobami przewlekle chorymi lub starszymi. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.

ZAKRES 2:

- d) Posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą kopię dyplomu lekarza, kopię prawa wykonywania zawodu oraz kopię dyplomu specjalizacji,
- e) Posiadają minimum dwuletnie doświadczenie w pracy z osobami przewlekle chorymi lub starszymi. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.

ZAKRES 3:

- f) Posiadają ukończone studia magisterskie na kierunku psychologia w specjalności psychologia kliniczna. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą kopię dyplomu magistra,
- g) Posiadają doświadczenie w pracy klinicznej z osobami przewlekle chorymi lub starszymi. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.
- h) Posiadają minimum trzyletni staż pracy na stanowisku psychologa. Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeśli Wykonawca złoży wraz z ofertą oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.

IV. KRYTERIA OCENY OFERT.

- 1. Kryterium decydującym o wyborze oferty jest cena.

V. INFORMACJA O WAGACH PUNKTOWYCH LUB PROCENTOWYCH PRZYPISANYCH DO POSZCZEGÓLNYCH KRYTERIÓW OCENY OFERTY.

1. Kryterium CENA = 100%
2. Ocena oferty w zakresie przedstawionego wyżej kryterium zostanie dokonana zgodnie z formułą:

$$\frac{\text{minimalna zaproponowana cena brutto}}{\text{cena brutto badanej oferty}} \times \text{znaczenie \% kryterium}$$

3. Jeżeli nie można dokonać wyboru najkorzystniejszej oferty ze względu na to, że zostały złożone oferty o takich samych cenach Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty do złożenia ofert dodatkowych.
4. Wykonawcy składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaproponowane w złożonych ofertach.
5. Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą ilość punktów.

VI. OPIS SPOSOBU PRZYZNAWANIA PUNKTACJI ZA SPEŁNIENIE DANEGO KRYTERIUM OCENY OFERTY.

1. Zamawiający wybierze Wykonawcę, który złoży prawidłowo przygotowaną (zgodnie z warunkami określonymi w niniejszym zapytaniu) ofertę i zaproponuje najniższą cenę.

VII. TERMIN SKŁADANIA OFERT.

1. Ofertę należy złożyć w SEKRETARIACIE Zarządu SCM Sp. z o. o., budynek administracyjny przy ul. Szpitalnej 10, 46-082 Kup, w terminie do dnia **28 listopada 2016r.**, do godziny **10⁰⁰**
2. Zamawiający zastrzega możliwość zwracania się do Wykonawców o wyjaśnienie treści oferty lub wyzwania do uzupełnienia dokumentów.
3. Składający ofertę może zwrócić się o wyjaśnienia dotyczące przedmiotu zamówienia.
4. Osoba uprawniona do kontaktu ze strony Zamawiającego w zakresie przedmiotu zamówienia: **Andrzej Bunio**, tel. 506-000-014, e-mail: bunio@szpital-kup.eu
5. Ofertę można złożyć:
 - a) w formie pisemnej: osobiście bądź za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub przesyłki kurierskiej na adres: SCM Sp. z o. o. z/s w Kup, ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup, w kopercie oznaczonej „**Zapytanie ofertowe nr DDOM/W/10/11/2016-USŁUGI ZDROWOTNE**”.
 - b) w formie elektronicznej na adres e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu. W tytule maila należy wpisać „**Zapytanie ofertowe nr DDOM/W/10/11/2016- USŁUGI ZDROWOTNE**”
6. Oferta powinna być podpisana przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji określoną w dokumentach rejestrowych.
7. Sposób porozumiewania się z Wykonawcami: pisemnie na adres Zamawiającego, fax: 77) 427-47-84 bądź e-mail: zamowieniapubliczne@szpital-kup.eu

VIII. INFORMACJE NA TEMAT ZAKRESU WYKLUCZENIA WYKONAWCY.

1. W celu uniknięcia konfliktu interesów, zamówienie publiczne nie może zostać udzielone podmiotom powiązanym z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.
2. Przez zobowiązania kapitałowe lub osobowe 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:

- a) Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) Posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
- c) Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) 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.

IX. ZAMAWIAJĄCY NIE PRZEWIDUJE ZMIAN UMOWY ZAWARTEJ W WYNIKU PRZEPROWADZONEGO POSTĘPOWANIA.

X. DODATKOWE INFORMACJE

1. Zamawiający nie przewiduje udzielenia zamówień uzupełniających.
2. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązanie do zawarcia umowy.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny a także zamknięcia niniejszego postępowania bez wyboru którejkolwiek z ofert.

XI. ZAŁĄCZNIKI.

1. Wzór formularza oferty stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego zapytania.
2. Projekt umowy zawierający istotne postanowienia dotyczące realizacji zamówienia stanowi **załączniki:**
 - a) **nr 2** do niniejszego zapytania – dla zakresu 1 i 3,
 - b) **nr 2A** do niniejszego zapytania – dla zakresu 2.
3. Oświadczenie o spełnianiu warunków określonych w zapytaniu stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego zapytania.
4. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym stanowi **załącznik nr 4** do niniejszego zapytania.

PREZES ZARZĄDU

mgr inż. Mirosław Wójciak

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE
sp. z o.o. z/s w Kup
46-082 Kup, ul. Karola Miarki 14
tel. 77/40-32-850, fax. 77/40-32-853
REGON: 530938517 NIP: 9910498289