

Milicz, dnia 13.03.2018r.

## **Zapytanie ofertowe**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu zaprasza do składania ofert

**na wykonanie usługi poradnictwa i wsparcia (zajęcia grupowe) w zakresie podnoszenia kompetencji społecznych (poradnictwo specjalistyczne) dla uczestników projektu „Lepszy start II”**

realizowanej w projekcie „Lepszy start II” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

### **I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Łączna liczba godzin do realizacji: 50 godzin dydaktycznych w okresie realizacji zamówienia
2. Przewidywany okres realizacji usługi: kwiecień-maj 2018r.
3. Miejsce wykonywania zlecenia: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu ul. Trzebnicka 4B oraz miejsce wskazane przez Zleceniodawcę – teren Milicza.
4. Usługa będąca przedmiotem zlecenia dotyczy grupy około 14 osób niepełnosprawnych (liczba może ulec zmianie w zależności od potrzeb zamawiającego).
5. Zakres wykonywanej usługi:
  - przeprowadzenie poradnictwa i wsparcia w zakresie podnoszenia kompetencji społecznych (wsparcie grupowe) dla w/w wskazanej grupy uczestników projektu.
  - zakres zajęć: zajęcia będą dostosowane do potrzeb grupy docelowej
  - Wykonawca będzie zobowiązany do prowadzenia dokumentacji wsparcia, wskazanej w umowie o realizację usługi.
  - wykonawca ubezpieczy uczestników wsparcia od NNW na czas ich udziału we wsparciu.
6. Szczegółowy harmonogram wsparcia ustalony zostanie po podpisaniu umowy.

## II. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Za spełniających warunek dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia Zamawiający uzna Wykonawców, którzy dysponują co najmniej jedną osobą - psychologiem, lub pedagogiem osoba ta posiada co najmniej 2 - letnie doświadczenie na stanowisku psychologa/pedagoga lub przeprowadziła w ostatnich 2 latach co najmniej 120 godzin w zakresie zajęć, szkoleń, treningów z zakresu aktywizacji społecznej.

Wykonawca zobowiązany jest do wskazania wraz z ofertą zestawienia tabelarycznego wskazującego spełnienie warunku posiadania wiedzy i doświadczenia. **Brak czytelnego wykazania spełnienia powyższego warunku powoduje odrzucenie oferty!**

## III. KRYTERIA OCENY

cena 100%

## IV. OPIS SPOSOBU PRYZNAWANIA PUNKTACJI ZA SPEŁNIENIE POSZCZGÓLNYCH KRYTERIÓW OCENY

Oferty zostaną ocenione zgodnie ze wzorem arytmetycznym

$$C_{of} = (C_{min}/C_{bad}) \times 100$$

$C_{of}$  – liczba punktów badanej oferty  
 $C_{min}$  – cena najniższa wśród złożonych ofert,  
 $C_{bad}$  – cena oferty badanej  
100 – waga kryterium

## V. TERMIN I FORMA SKŁADNIA OFERT

Oferty wraz z załącznikiem nr 1 oraz szczegółowym harmonogramem wsparcia zawierającym proponowany zakres tematyczny zajęć muszą zostać złożone w formie pisemnej w terminie do 28 marca 2018r.

Oferty składać można:

- osobiście w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu ul. Trzebnicka 4B, 56-300 Milicz w godzinach pracy (7.30 – 15.30, za wyjątkiem środy gdzie godziny pracy są następujące: 8.00-16.00)
- pocztą lub przesyłką kurierską na adres Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu ul. Trzebnicka 4B, 56-300 Milicz (liczy się data wpływu!).

## VI. ZAKRES WYKLUCZENIA

W celu uniknięcia konfliktu interesów zamówienia publiczne, z wyjątkiem zamówień sektorowych, udzielane przez beneficjenta nie będącego podmiotem zobowiązanym do stosowania ustawy Pzp zgodnie z art. 3 ustawy Pzp, nie mogą być udzielane podmiotom

powiązanych z nim osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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 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.

## **VII OKREŚLENIE WARUNKÓW ZMIAN UMOWY**

Zamawiający dopuszcza zmiany warunków umowy w zakresie:

- łącznej liczby uczestników szkolenia,
- terminu realizacji zamówienia,

## **VIII PŁATNOŚĆ**

Płatność dokonywania będzie przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę. Za datę płatności Zamawiający uważa datę obciążenia rachunku bankowego. Termin płatności wynosi 30 dni.

Monika Szczepańska

Dyrektor PCPR

## FORMULARZ OFERTY

### I.

Zarejestrowana nazwa (firma) wykonawcy / imię i nazwisko :

.....

Zarejestrowany adres (siedziba) wykonawcy / adres:

ul. ....

kod \_\_\_\_ - \_\_\_\_ miejscowość .....

powiat ..... województwo .....

Telefon: .....

NIP ..... Regon .....

lub PESEL .....

e-mail .....@ .....

Nr rachunku bankowego .....

### II.

**Składając ofertę na wykonanie usługi: poradnictwa i wsparcia (zajęcia grupowe) w zakresie podnoszenia kompetencji społecznych dla uczestników projektu oferujemy wykonanie zamówienia za:**

<b>Kwotę brutto za jedną godzinę realizacji usługi</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Łączną maksymalną kwotę brutto</b> (Kwota brutto za jedną godzinę realizacji usługi x liczba godzin)
..... zł (słownie ..... ..... zł)	50	

w tym należny podatek VAT w wysokości .....%.\* *wysokość stawki, informacja o zwolnieniu, inne*



**III.**

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami niniejszego postępowania i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.

**IV.**

Osobą odpowiedzialną za kontakt z Wykonawcą  
będzie .....tel...../e- mail.....  
.....

.....

podpis osoby/osób  
upoważnionych do reprezentacji



**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY**

**ZESTAWIENIE SŁUŻĄCE POTWIERDZENIU SPEŁNIENIA WARUNKU  
POSIADANIA DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO**

<b>Okres zatrudnienia na stanowisku psychologa/pedagoga od - do (dzień, miesiąc, rok)</b>	<b>Forma zatrudnienia/stanowisko</b>	<b>Miejsce zatrudnienia</b>

**LUB**

<b>DOŚWIADCZENIE - rodzaj realizowanych działań (zajęć, szkoleń, treningów z zakresu aktywizacji społecznej)</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Miejsce zatrudnienia</b>

.....

podpis osoby/osób  
upoważnionych do reprezentacji