



ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT CENOWYCH
NA REALIZACJĘ
ŚWIADCZENIA USŁUG TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ w 2022 r.
W RAMACH PROGRAMU KOMPLEKSOWEGO WSPARCIA DLA RODZIN
"ZA ŻYCIEM"

1. Nazwa zamawiającego

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Kołobrzegu, ul. Piastowska 9, 78-100 Kołobrzeg

Tel. [94 354 54 47](tel:943545447) w godz.: od 8.00 – 15.00

Email – ppp@kolobrzeg.powiat.pl

2. Opis przedmiotu zamówienia

2.1 Nazwa zamówienia:

Prowadzenie zajęć terapii integracji sensorycznej w ramach Programu „Za życiem” .

2.2 Rodzaj zamówienia: usługi

2.3 Opis przedmiotu zamówienia:

Ogłasza się nabór specjalistów na prowadzenie w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem" zajęć terapii integracji sensorycznej.

- Zamawiający planuje zlecenie **60 godzin** w okresie **od 19.09.2022 r. do 12.12.2022 r.**
- Odbiorcami usług są dzieci w wieku od 0 lat do rozpoczęcia nauki w szkole ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku 0-3 lat.
- Usługi **terapii integracji sensorycznej** będą świadczone w dniach i godzinach ustalonych z Zamawiającym, przypadających w dniach od poniedziałku do soboty.
- Zajęcia będą się odbywać w miejscu wskazanym przez Wykonawcę, wyposażonym w sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, odpowiednie do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dzieci na zasadzie umowy użyczenia lub w pomieszczeniach Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Kołobrzegu ul. Piastowska 9.
- Rozliczenie za świadczone usługi będzie następować miesięcznie w oparciu o przedstawioną dokumentację.

2.4. Zajęcia mają na celu:

Udzielenie kompleksowego wsparcia rodzinom z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością i niepełnosprawnymi do podjęcia nauki w szkole, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci do 3 roku życia. Celem zajęć jest usprawnianie ruchowe, stymulowanie sfery poznawczej, emocjonalnej i społecznej, kształtowanie i rozwijanie umiejętności życiowych.

3. Termin realizacji zamówienia:

Zajęcia terapeutyczne będą realizowane w okresie od podpisania umowy do 12.12.2022 r.

4. Wymagania wobec kandydatów na prowadzenie zajęć integracji sensorycznej:

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy posiadający ukończone studia wyższe pedagogiczne lub psychologiczne oraz uprawnienia w formie ukończonego kursu lub szkolenia w zakresie integracji sensorycznej. Wymóg odnosi się do każdej osoby bezpośrednio wykonującej usługi będące przedmiotem niniejszego zapytania.



5. Wymagane dokumenty rekrutacyjne:

- kwestionariusz osobowy – na druku stanowiącym Załącznik nr 1 do ogłoszenia,
- formularz ofertowy – stanowiący Załącznik nr 2 do ogłoszenia,
- **potwierdzone przez Kandydata za zgodność z oryginałem** kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje,
- ubezpieczenie O.C. ogólne,
- w przypadku, gdy osoba prowadzi działalność gospodarczą do oferty należy dołączyć aktualny wypis CEIDG.

6. Procedura:

6.1 Tryb udzielenia zamówienia publicznego: zapytanie ofertowe

6.2 Podstawa prawna:

Na podstawie § 4 Regulaminu udzielania zamówień publicznych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kołobrzegu o wartości poniżej 130 000,00 zł.

6.3 Uzasadnienie trybu wyboru:

Przeprowadzenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego wynika z konieczności rekrutowania specjalistów do prowadzenia zajęć w ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem".

7. Kryteria oceny ofert i ich znaczenie:

Przy wyborze ofert zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

Maksymalna liczba punktów: 100 pkt

- Cena – max. 80 pkt.

Cena liczona wg następującego wzoru:

$$P_C = \frac{C_N}{C_B} \times 80 \text{ pkt.}$$

gdzie:

P_C – punkty za cenę

C_N – najniższa cena spośród złożonych ofert

C_B – cena badanej oferty

- kwalifikacje – max. 20 pkt.

Zamawiający przydzieli punkty za kwalifikacje, studia podyplomowe, kierunkowe, kursy specjalistyczne, umiejętności i wiedzę z zakresu pomocy społecznej, doświadczenie z zakresu pracy z dziećmi 0 lat do rozpoczęcia nauki w szkole:

- za wykazanie wykształcenia kierunkowego Zamawiający przydzieli 10 pkt.,
 - za dodatkowe kwalifikacje Zamawiający przydzieli max 5 pkt.,
 - za wykazanie doświadczenia pracy z dziećmi Zamawiający przydzieli max 5 pkt.
- Oferta Wykonawcy, który uzyska największą liczbę punktów zostanie uznana za najkorzystniejszą.*

Zamawiający zastrzega sobie możliwość wyboru wielu ofert do realizacji, które uzyskają najwyższą liczbę punktów. Wynika z to z konieczności uzyskania przez Zamawiającego wymaganej łącznie liczby godzin usług terapeuty integracji sensorycznej przewidzianych dla wszystkich uczestników/uczestniczek projektu tj. 510 godzin rocznie. Z wykonawcami, których oferty zostaną wybrane do realizacji zostaną podpisane umowy cywilnoprawne.



8. Termin i miejsce składania ofert:

Oferty należy składać w nieprzejrzystej i zamkniętej kopercie w sekretariacie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kołobrzegu, ul. Piastowska 9, 78-100 Kołobrzeg - **I piętro, sekretariat do dnia 14 września 2022 r. do godz. 10⁰⁰**.

Na kopercie należy umieścić nazwę, imię i nazwisko, adres wykonawcy oraz napis „Oferta na realizację usług terapii sensorycznej w ramach Programu „Za życiem”.

Oferta złożona poza wyznaczonym terminem zostanie zwrócona wykonawcy bez otwierania.

9. Miejsce i termin otwierania ofert:

Otwarcia złożonych ofert dokona w dniu 14 września 2022 r. o godz. 12.00 komisja powołana przez Dyrektora PP-P.

Komisja po otwarciu ofert i weryfikacji złożonych dokumentów sporządzi protokół z otwarcia ofert. Z wybranymi kandydatami zostaną podpisane umowy zlecenia zgodnie z przeprowadzonym zamówieniem na podstawie § 4 Regulaminu udzielania zamówień publicznych.

Zatwierdzam
Dyrektor
Barbara Wolańska



Formularz ofertowy

Przedmiot zamówienia:

DOT. ZAPROSZENIA DO SKŁADANIA OFERT CENOWYCH
NA REALIZACJĘ USŁUG TERAPII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ
W RAMACH PROGRAMU: ZA ŻYCIEM”

Przeprowadzona na podstawie § 4 Regulaminu udzielania zamówień publicznych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kołobrzegu o wartości poniżej 130 000,00.

Zamawiający:

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Kołobrzegu, ul. Piastowska 9, 78-100 Kołobrzeg

Tel. [94 354 54 47](tel:943545447) w godz.: od 8.00 – 15.00

Email – ppp@kolobrzeg.powiat.pl

Niniejszym przystępuję do udziału w postępowaniu:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy, adres email

1. Cena brutto za świadczenie 1 godziny usługi terapii SI:zł brutto
Słownie cena
2. Deklarowana liczba godzin do zrealizowania tygodniowo.....
3. Deklarowane miejsce prowadzenia zajęć
4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym, uzyskałam/em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że posiadam wymagane przez Zamawiającego doświadczenie i przygotowanie zawodowe w zakresie realizacji usług stanowiących przedmiot oferty.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania. Zostałam/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Równocześnie zobowiązuję się do przedłożenia Zamawiającemu dokumentów potwierdzających dane zawarte w niniejszym oświadczeniu na jego wniosek.

.....
Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis składającego ofertę)



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Imię i nazwisko Nazwisko rodowe.....
 2. Imiona rodziców.....
 3. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....
 4. Obywatelstwo.....
 5. Numer ewidencyjny (PESEL).....
 6. Numer telefonu
 7. Miejsce zamieszkania.....
.....
(dokładny adres)
 8. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)
.....
 9. Wykształcenie
(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)
.....
(zawód, specjalność, stopień, tytuł zawodowy - naukowy)
 10. Wykształcenie uzupełniające.....
.....
(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)
 11. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 3, i 5 są zgodne z dowodem osobistym serianr..... albo innym dowodem tożsamości.....
.....
.....
.....
.....
.....
-
(miejsceowość i data)
-
(podpis osoby składającej kwestionariusz)