ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT CENOWYCH

NA REALIZACJĘ ŚWIADCZENIA **USŁUG LEKARZA-NEUROLOGA w 2023 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](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=bip+poradnia+kolobrzeg) **w godz.: od 8.00 – 15.00**

**Email –** ppp@kolobrzeg.powiat.pl

**2. Opis przedmiotu zamówienia**

**2.1 Nazwa zamówienia:**

Prowadzenie konsultacji lekarskich 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" **konsultacji lekarskich**.

* Zamawiający planuje zlecenie **200 godzin** w okresie **od 23.01.2023 r. do 11.12.2023 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 **konsultacji lekarskich** 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 11.12.2023 r.

**4. Wymagania wobec kandydatów:**

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy posiadający ukończone studia wyższe nadające uprawnienia lekarza neurologa. 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.

1. **Procedura:**
	1. **Tryb udzielenia zamówienia publicznego:** zapytanie ofertowe
	2. **Podstawa prawna:**

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

* 1. **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".

1. **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:

 CN

PC =  x 80 pkt.

 CB

gdzie:

PC – punkty za cenę

CN – najniższa cena spośród złożonych ofert

CB – 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 konsultacji lekarskich przewidzianych dla wszystkich uczestników/uczestniczek projektu tj. 200 godzin rocznie. Z wykonawcami, których oferty zostaną wybrane do realizacji zostaną podpisane umowy cywilnoprawne.

1. **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 16 stycznia 2023 r. do godz. 1000 .**

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

Oferta złożona poza wyznaczonym terminem zostanie zwrócona wykonawcy bez otwierania.

1. **Miejsce i termin otwierania ofert:**

Otwarcia złożonych ofert dokona w dniu 16 stycznia 2023 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**

 **Wicedyrektor**

 **Alina Dullek-Duda**

Załącznik nr 2

Formularz ofertowy

**Przedmiot zamówienia:**

DOT. ZAPROSZENIA DO SKŁADNA OFERT CENOWYCH

NA REALIZACJĘ **USŁUG LEKARZA NEUROLOGA**

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](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=bip+poradnia+kolobrzeg) **w godz.: od 8.00 – 15.00**

**Email –** ppp@kolobrzeg.powiat.pl

**Niniejszym przystępuję do udziału w postępowaniu:**

………………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko

……………………………………………………………………………………………………………………….

adres zamieszkana

……………………………………………………………………………………………………………………….

telefon kontaktowy, adres email

1. Cena brutto za świadczenie 1 godziny konsultacji lekarskiej: ...…………..zł brutto

Słownie cena …………………………………………………………………………………………

1. Deklarowana liczba godzin do zrealizowania tygodniowo………………………………………….
2. Deklarowane miejsce prowadzenia zajęć ……………………………………………………………
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym, uzyskałam/em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że posiadam wymagane przez Zamawiającego doświadczenie i przygotowanie zawodowe w zakresie realizacji usług stanowiących przedmiot oferty.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania.

Zostałem/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)

Załącznik nr 1

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)**

1. Adres do korespondencji (jeśli jest inny iż adres zamieszkania) ……………………………

.......................................................................................................................................................

1. Wykształcenie .........................................................................................................................

**(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)**

.......................................................................................................................................................

**(zawód, specjalność, stopień, tytuł zawodowy - naukowy)**

1. Wykształcenie uzupełniające...................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**(kursy, studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)**

1. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 3, i 5 są zgodne z dowodem osobistym seria .....................nr...................................... albo innym dowodem tożsamości............………….

…..............................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………..

…………………………………… ……………………………………………

 (miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)