



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**

**ul. gen. Wł. Sikorskiego 11**

**05-119 Legionowo**

**tel. 22 764 01 40 faks 22 764 01 41**

**[www.legionowo.pcpr.pl](http://www.legionowo.pcpr.pl)**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Znak sprawy: ZD.253.10.2014**

**na**

**Zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych dla 15 osób niepełnosprawnych w zakładzie opieki zdrowotnej na terenie Powiatu Legionowskiego w ramach projektu „Pokonaj siebie! Udowodnij, że możesz więcej!”**

**DYREKTOR**  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie **Zatwierdzam**

.....  
**(data i podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej)**





## I. Informacje ogólne.

### 1. Zamawiający:

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE, ul. gen. Wł. Sikorskiego 11, 05-119 Legionowo;**

**tel. 22 764 01 40 faks 22 764 01 41; [www.legionowo.pcpr.pl](http://www.legionowo.pcpr.pl)**

2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Wykonawcami jest P. Sylwia Król – Koordynator Projektu, tel. **723 081 620**, w godz. 8.00-16.00 w dni robocze oprócz sobót.

3. Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzi się z zachowaniem formy pisemnej.

4. Adres, numer telefonu i faksu są wskazane powyżej. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują pisemnie lub faksem.

5. Zamawiający nie dopuszcza przekazywania informacji, zapytań, oświadczeń i innych informacji i dokumentów składanych przez Wykonawców drogą elektroniczną (e-mail).

6. Postępowanie, którego dotyczy niniejszy dokument oznaczone jest znakiem **ZD.253.10.2014** Wykonawcy we wszystkich kontaktach z Zamawiającym powinni powoływać się na ten znak.

7. Postępowanie prowadzone jest zgodnie z art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz.907 ze zm.).

## II. Przedmiot zamówienia.

1) Przedmiotem niniejszego zamówienia jest zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych dla 15 osób niepełnosprawnych w zakładzie opieki zdrowotnej na terenie Powiatu Legionowskiego, powyższe działanie wdrażane jest w ramach projektu „Pokonaj siebie! Udowodnij, że możesz więcej!” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Legionowie. Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, działania 7.1. "Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji", poddziałania 7.1.2. "Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie" i jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Celem zajęć rehabilitacyjnych jest dalsza poprawa stanu zdrowia, poprzez przywracanie lub usprawnianie sprawności psychofizycznej osób niepełnosprawnych w wyniku zastosowania określonych sposobów postępowania rehabilitacyjnego. Zajęcia rehabilitacyjne powinny utrzymać kondycję, umożliwić lub przyspieszyć proces naturalnej regeneracji oraz zmniejszyć następstwa ustrojowe spowodowane przez chorobę, urazy. Uczestnictwo w zajęciach rehabilitacyjnych przyczyni się do zniesienia dolegliwości bólowych poszczególnych części ciała, a także dolegliwości wynikających z przebywania w pozycji siedzącej, w przypadku osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, a także wpłynie na poprawę funkcjonalnych oraz motorycznych możliwości organizmu i poprawie ulegnie zakres ruchu. Zajęcia rehabilitacyjne ukierunkowane będą na wykorzystanie biologicznych metod oddziaływania na osobę z dysfunkcją organizmu - narządu ruchu i chorobą neurologiczną w celu poprawy zdrowia, ograniczenia somatycznych skutków dysfunkcji organizmu. Uzyskane efekty fizjologiczne mogą być istotnym czynnikiem w zapobieganiu lub zmniejszaniu tempa rozwoju choroby i niepełnosprawności.

2. Wykonawca w ofercie cenowej uwzględnia cenę dla max. liczby uczestników. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmniejszenia liczby osób. Jest to pierwszy etap rehabilitacji stacjonarnej, w razie zgłoszenia







się dodatkowych beneficjentów przeprowadzona zostanie następną procedurą zalecenia tego zadania.

3. W zajęciach rehabilitacyjnych uczestniczyć będą osoby z następującymi schorzeniami:

1. Upośledzenie narządu ruchu,
2. Upośledzenie narządu wzroku,
4. Neurologicznymi,
5. Układu oddechowego i krążenia,
6. Układu moczowo-płciowego,
7. Upośledzeniem umysłowym,
8. Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu,
9. Choroby psychiczne
10. Choroby ednykronologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego.

4. Wykaz osób uczestniczących w zajęciach rehabilitacyjnych, wraz z kopią orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. Zamawiający dostarczy Wykonawcy najpóźniej 10 dni od podpisania umowy.

5. Wykonawca powinien działać zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002r., Nr 101, poz. 926).

6. Wykonawca zobowiązany jest do bezpośredniego kontaktu z uczestnikami zajęć (w oparciu o dane kontaktowe uzyskane od Zamawiającego), w celu ustalenia z nimi terminów oraz godzin zajęć.

7. Warunki lokalowe, w tym:

1) Przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców niepełnosprawnych ruchowo,

2) W węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty,

3) W obiekcie znajduje się, co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo,

4) W przypadku gdy usługa realizowana jest na innej kondygnacji niż parter (w budynkach wielokondygnacyjnych) znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodołazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom niepełnosprawnym ruchowo, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich,

5) Zabiegi dotyczące światłolecznictwa powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach), posiadających ściany o wysokości co najmniej 2 m, umożliwiającym stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej,

6) Diatermie krótkofalowe i mikrofalowe (o ile będą realizowane) powinny być instalowane





w oddzielnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie,

7) Sala do kinezyterapii powinna stanowić oddzielne pomieszczenie,

8) Gabinet masażu powinien stanowić odrębne pomieszczenie.

8. Zakres wykonywanych zabiegów fizykoterapeutycznych:

1) Elektroterapia,

2) Światłolecznictwo,

3) Leczenie zmiennym polem elektromagnetycznym i magnetycznym,

4) Ultradźwięki,

5) Laseroterapia

6) Zakres wykonywanych zabiegów kinezyterapeutycznych:

7) Ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomaganie, pionizacja-prowadzone indywidualnie przez fizjoterapeutę,

8) Ćwiczenia różne: czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne,

9) Nauka czynności lokomocyjnych,

10) Zabiegi z użyciem wyciągów.

9. Wyposażenie do zabiegów kinezyterapeutycznych:

1) Wyposażenie sali kinezyterapii (stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, materace gimnastyczne),

2) Rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych,

3) UGUL lub inny system spełniający jego rolę,

4) Stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki.

10. Wyposażenie do zabiegów fizykoterapeutycznych







- a) Zestaw do elektroterapii z osprzętem, aparaty wykorzystujące prąd stały oraz impulsowy małej i średniej częstotliwości,
- b) Lampa IR lub IR/UV,
- c) Zestaw do magnetoterapii,
- d) Zestaw do ultradźwięków,
- e) Zestaw do biostymulacji laserowej,
- f) Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych,
- g) Zestaw do kriostymulacji parami azotu,
- h) Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości,
- i) Przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem.

11. Czas zorganizowanych zajęć indywidualnych trwać będzie 3 tygodnie, 5 razy w tygodniu od poniedziałku do piątku lub w inne dni zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych, przy czym, każdy uczestnik skorzysta minimum z 4 zabiegów dziennie. Zajęcia rehabilitacyjne należy zakończyć do 20 grudnia 2014.

12. Wykonawca zapewni dwukrotną poradę lekarską rehabilitacyjną (o której mowa w § 5. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.08.2009r. ze zm. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej) dla każdego uczestnika zajęć: pierwszą związaną z przyjęciem uczestnika i skierowaniem na odpowiednie zabiegi, drugą po odbyciu połowy zaleconych zabiegów. Celem drugiej porady jest monitoring postępów poczynionych przez uczestnika, ewentualna korekta zaleceń rehabilitacyjnych.

13. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić kadrę z odpowiednimi kwalifikacjami:

- 1) koordynatora grupy organizującego sprawne i harmonijne realizacje zajęć rehabilitacyjnych uczestników,
- 2) lekarzy ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej wymienionych w pkt. 1.1.1 oraz 1.1.2 załącznika nr 3 do Zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2010 r.
- 3) personel realizujący świadczenia fizjoterapii o kwalifikacjach zgodnych z pkt. 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 załącznika nr 3 do Zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2010 r. Przy czym, zastrzega się, że osoba realizująca świadczenie fizjoterapii jednocześnie pracuje tylko z jednym uczestnikiem zajęć rehabilitacyjnych.

14. Koszty dodatkowych konsultacji i badań, na które skierowany zostanie uczestnik zajęć w trakcie porady lekarskiej rehabilitacyjnej ponosi Wykonawca.

15. Wykonawca zobowiązany jest do przekazania Zamawiającemu kopii indywidualnych kart zajęć z informacją o skierowaniach na zabieg, datach zrealizowanych zabiegach oraz innych zaleceniach lekarskich.

16. Ponadto Wykonawca zobowiązuje się do:

- 1). Zapewnienia uczestnikom zajęć rehabilitacyjnych zimnych i ciepłych napojów w czasie przerw pomiędzy zabiegami.





- 2). Wydzielonego miejsca odpoczynku dla uczestników między zabiegami.
- 3). Wymagane jest również ubezpieczenie indywidualne uczestników zajęć od NNW powstałych w związku z prowadzonymi zabiegami oraz w drodze do i z zajęć.

17. Zamawiający zastrzega sobie prawo do dokonania wizji na terenie ośrodka zgłoszonego w dokumentach przetargowych celem określenia zgodności opisu ze stanem faktycznym.

18. Zamawiający zastrzega również, iż do obowiązków Wykonawcy będzie należało:

- 1) Niezwłoczne zawiadomienie Zamawiającego o każdym przypadku przerwania zabiegów rehabilitacyjnych przez uczestnika.
- 2) Wystawienie po zakończeniu usługi faktury w terminie do 14 dni.
- 3) Ustawienia w widocznym miejscu tablicy informacyjnej o współfinansowaniu zamówienia ze środków Unii Europejskiej.

19. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.

20. Zamawiający zastrzega sobie, iż w każdym czasie, przed upływem terminu do składania ofert, zmienić treść zapytania ofertowego.

**III. Termin wykonania zamówienia – od dnia podpisania umowy do 20.12.2014r., w tym Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot umowy w każdy dzień roboczy w godz. od 8:00 do 20:00 lub w inne dni zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych.**

**IV. Warunki udziału w postępowaniu – zapytaniu ofertowym oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków. Wykaz oświadczeń lub dokumentów, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu potwierdzenia spełniania tych warunków.**

W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy spełniają warunki dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

**V. Opis sposobu przygotowania ofert.**

1. Każdy Wykonawca może przedłożyć jedną ofertę.
2. Oferta zostanie sporządzona zgodnie z formularzem oferty (stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego), w formie pisemnej.
3. Do oferty winny zostać załączone odpowiednie dokumenty wymagane postanowieniami zapytania ofertowego (w tym Załącznik nr 1 i 3)
4. Oferta winna być podpisana w sposób wiążący Wykonawcę. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty w formie oryginału lub poświadczony za zgodność z







oryginałem

przez

Wykonawcę.

Wykonawca winien umieścić ofertę wraz z wymaganymi dokumentami w zamkniętej kopercie zaadresowanej na zamawiającego oraz posiadającej następujące oznaczenia: „**Oferta na zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych dla 15 osób niepełnosprawnych w zakładzie opieki zdrowotnej na terenie Powiatu Legionowskiego w ramach projektu „Pokonaj siebie! Udowodnij, że możesz więcej!”**– znak sprawy ZD.253.10.2014

#### **VI. Miejsce i termin składania ofert.**

1. Ofertę należy złożyć w **POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE, ul. gen. Wł. Sikorskiego 11, 05-119 Legionowo, w Sekretariacie;**
2. Termin składania ofert upływa dnia **27 października 2014 r. o godz.10.00.** Oferty otrzymane po terminie przez Zamawiającego zostaną zwrócone bez otwierania.
3. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **27 października 2014 r. o godz. 10.15** w siedzibie Zamawiającego w pok. nr 5.

#### **VI. Kryteria oceny ofert.**

1. Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert:

> **cena - 100%**

Najniższa cena ofertowa brutto

$C = \text{-----} \times \text{waga kryterium}$

Cena brutto oferty badanej

2. Zamawiający wybierze jako najkorzystniejszą ofertę o najniższej cenie za całość zamówienia (tj. udział 15 osób w zajęciach rehabilitacyjnych).
3. Wykonawca wpisze cenę zaokrągloną do drugiego miejsca po przecinku.
4. Jeżeli nie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostały złożone oferty o takiej samej cenie, zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez niego ofert dodatkowych. Wykonawcy składający oferty dodatkowe nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych ofertach.

#### **VII. Termin związania ofertą i wykonania zamówienia.**

Termin związania ofertą wynosi 14 dni wraz z upływem terminu składania ofert.

#### **VIII. Zawarcie umowy.**

Projekt umowy na wykonanie przedmiotu zamówienia stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego, ponadto z Wykonawcą zostanie podpisana umowa na powierzenie przetwarzania danych osobowych najpóźniej w dniu przekazania wykazu osób uczestniczących w zajęciach rehabilitacyjnych oraz kopii orzeczeń.

#### **IX. Zakończenie procesu wyboru.**

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo:

1) przerwania procesu wyboru Wykonawcy w każdym czasie i na każdym etapie bez podania przyczyny,





2) niedokonania wyboru żadnego z Wykonawców, którzy złożą oferty, bez podania przyczyny.

2. W niniejszym postępowaniu Wykonawcom nie przysługuje prawo odwołania od rozstrzygnięcia, ani inne środki ochrony prawnej.

**Załączniki:**

**Załącznik Nr 1** - formularz ofertowy

**Załącznik Nr 2** - wzór umowy,

**Załącznik Nr 3** - oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu







Załącznik Nr 1 do zapytania ofertowego  
znak: ZD.253.10.2014

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć wykonawcy

.....  
tel./fax

### FORMULARZ OFERTY

Przedmiot zamówienia	Zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych dla 15 osób niepełnosprawnych w zakładzie opieki zdrowotnej na terenie Powiatu Legionowskiego w ramach projektu „Pokonaj siebie! Udowodnij, że możesz więcej!”
Zamawiający	<b>POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE</b>
<p><b>Cena ofertowa brutto za udział jednej osoby niepełnosprawnej w zajęciach rehabilitacyjnych</b> <i>/obejmująca rehabilitację 3 tygodniową (5 razy w tygodniu nie krócej niż 3 godz. dziennie zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych, przy czym, każdy uczestnik skorzysta minimum z 4 zabiegów dziennie oraz dwukrotną poradę lekarską/</i></p> <p><b>Cena ofertowa brutto za udział 15 osób niepełnosprawnych w zajęciach rehabilitacyjnych</b> <i>/obejmująca rehabilitację 3 tygodniową (5 razy w tygodniu nie krócej niż 3 godz. dziennie zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych, przy czym, każdy uczestnik skorzysta minimum z 4 zabiegów dziennie oraz dwukrotną poradę lekarską dla każdego uczestnika zajęć/</i></p> <p>Stawka podatku VAT (%)</p>	<p>.....zł słownie: .....zł</p> <p>.....zł słownie: .....zł</p> <p>.....%</p>
Termin realizacji przedmiotu zamówienia	Od dnia podpisania umowy do 20.12.2014r., w tym





Przedmiot zamówienia	<b>Zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych dla 15 osób niepełnosprawnych w zakładzie opieki zdrowotnej na terenie Powiatu Legionowskiego w ramach projektu „Pokonaj siebie! Udowodnij, że możesz więcej!”</b>
	Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot umowy w każdy dzień roboczy w godz. od 8:00 do 20:00 lub w inne dni zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych.
Termin związania ofertą	<b>13 listopada 2014 r.</b>

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne *oświadczamy, że:*

- 1) *zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym na zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych dla 15 osób niepełnosprawnych w zakładzie opieki zdrowotnej na terenie Powiatu Legionowskiego w ramach projektu „Pokonaj siebie! Udowodnij, że możesz więcej!” i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.*
- 2) *uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym.*
- 3) *pozyskaliśmy wszystkie informacje pozwalające na sporządzenie oferty oraz wykonanie w/w zamówienia.*
- 4) *zawarte postanowienia we wzorze umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku przyznania nam zamówienia do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.*

*Świadom odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty (art. 297 k.k.)*

Jako zasadnicze załączniki będące integralną częścią niniejszej oferty, a wynikające z zapytania ofertowego załączamy wszystkie wymagane dokumenty i oświadczenia:

1. wypełniony i podpisany formularz oferty (Załącznik Nr 1),
2. oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, (Załącznik Nr 3),
3. pełnomocnictwo lub inny dokument określający zakres umocowania do reprezentowania Wykonawcy, o ile ofertę składa pełnomocnik lub przedstawiciel Wykonawcy.

.....  
podpis i pieczęć upoważnionej osoby\*

*\*osoby figurującej lub osób figurujących w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy lub we właściwym upoważnieniu. Każda ewentualna poprawka w formularzu ofert musi być parafowana przez osobę upoważnioną*







Załącznik Nr 2 do zapytania ofertowego  
**znak: ZD.253.10.2014**

**Umowa nr .....**

W dniu ..... września 2014 r w Legionowie, pomiędzy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Legionowie z siedzibą przy ul. Gen. W. Sikorskiego 11 w Legionowie (05-119) posiadającym NIP 536 16 76 201, REGON 017168210, reprezentowany przez:

Annę Kaczmarek, Dyrektora,  
zwanym dalej Zamawiającym,

a

.....  
.....

zwaną dalej Wykonawcą,  
w wyniku rozstrzygnięcia przez Zamawiającego procedury udzielenia zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego zgodnie z art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.).

#### § 1

1. Zamawiający zleca a Wykonawca zobowiązuje się zorganizować i przeprowadzić zajęcia rehabilitacyjne zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych dla 15 osób niepełnosprawnych w zakładzie opieki zdrowotnej na terenie Powiatu Legionowskiego. Powyższe działanie wdrażane jest w ramach projektu „Pokonaj siebie! Udowodnij, że możesz więcej!” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Legionowie. Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, działania 7.1. "Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji", poddziałania 7.1.2. "Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie" i jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Rehabilitacja medyczna i badania lekarskie odbywać się będą w siedzibie Wykonawcy.
3. Wykonawca zobowiązuje się wykonać zamówienie zgodnie z przedmiotem zamówienia, rozdział II zapytania ofertowego (załącznik Nr 2) oraz zgodnie z ofertą Wykonawcy, stanowiącą załącznik Nr 3 do umowy.
4. Termin realizacji zamówienia: **od dnia podpisania umowy do 20.12.2014r., w tym Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot umowy w każdy dzień roboczy w godz. od 8:00 do 20:00 lub w inne dni zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych.**

#### § 2

1. Wykonawca, za wykonanie przedmiotu umowy, otrzyma wynagrodzenie, zgodnie z formularzem ofertowym, w wysokości ..... **zł brutto** (słownie: ) w tym należny podatek VAT.
2. Cena za wykonanie usługi na rzecz jednej osoby niepełnosprawnej uczestniczącej w zajęciach rehabilitacyjnych wynosi: ..... zł brutto, (słownie: );
3. W przypadku uczestniczenia w zajęciach rehabilitacyjnych mniejszej, niż określona w § 1 umowy, liczby osób niepełnosprawnych, wysokość wynagrodzenia określonego w ust. 1 ulega odpowiedniemu zmniejszeniu o cenę brutto za udział jednej osoby niepełnosprawnej w







zajęciach

rehabilitacyjnych).

4. Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie w wysokości wynikającej z faktycznej ilości osób niepełnosprawnych uczestniczących w zajęciach rehabilitacyjnych.
5. Wynagrodzenie ustalone zgodnie z ust. 1, zostanie wypłacone przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę w terminie do 14 dni kalendarzowych od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury na realizatora projektu – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Legionowie, ul. gen. Wł. Sikorskiego 11, 05-119 Legionowo.
6. Dniem zapłaty wynagrodzenia jest dzień wydania dyspozycji przelewu z rachunku bankowego Zamawiającego.

### § 3

Zamawiający ma prawo do dokonania kontroli realizacji umowy w każdym zakresie, w tym w szczególności kontroli przebiegu i sposobu prowadzenia zajęć, kontroli przestrzegania ochrony danych osobowych osób skierowanych na zajęcia.

### § 4

Wykonawca oświadcza, że posiada wszelkie uprawnienia, wiedzę i zasoby niezbędne do wykonania przedmiotu umowy.

### § 5

1. Wykonawca zobowiązany jest zapłacić Zamawiającemu kary umowne w następujących przypadkach i wysokościach:

- za odstąpienie od umowy z przyczyn zależnych od Wykonawcy w wysokości 20% wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy za cały przedmiot umowy;
- za wykonanie usługi niezgodnie ze złożoną ofertą, Zamawiający zastrzega sobie prawo naliczenia kary umownej w wysokości 1 % wynagrodzenia przysługującego za cały przedmiot umowy za każdy stwierdzony przypadek naruszenia postanowień umowy;
- stronom przysługuje prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego karę umowną;

2. Zamawiający jest uprawniony do potrącania kar umownych z wynagrodzenia należnego Wykonawcy.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego zastrzeżone kary umowne, do pełnej wysokości szkody.

4. Potrącenia kar umownych dokumentuje się na rachunku wystawionym przez Wykonawcę, a następnie na konto bankowe Wykonawcy, przedstawione w fakturze, przelewa się należne środki pomniejszone o karę umowną.

### § 6

1. Wykonawca może przetwarzać dane osobowe przekazane przez Zamawiającego wyłącznie w celu realizacji Zadania oraz wyłącznie w zakresie zgodnym z niniejszą umową.

2. Wykonawca oświadcza, że przed rozpoczęciem przetwarzania danych podejmie środki techniczne i organizacyjne mające na celu zabezpieczenie powierzonych danych osobowych, wymagane przepisami prawa, w tym wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, Poz. 1024).







3. Wykonawca zobowiązuje się, że wykonując niniejszą umowę będzie przestrzegał przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. Z 2002 r. Nr 101, Poz. 926, z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych.

### §7

1. Zamawiającemu przysługuje prawo niezwłocznego odstąpienia od umowy w następujących sytuacjach:

- 1) Wykonawca nie rozpoczął wykonania przedmiotu umowy bez uzasadnionej przyczyny.
- 2) Wykonawca nie realizuje przedmiotu umowy zgodnie z jej postanowieniami oraz zapisami zapytania ofertowego, które stanowi jej integralną część, a w szczególności w przypadku prowadzenia zajęć niezgodnie z przedmiotem zamówienia, przysługuje prawo odstąpienia od umowy i odmowy zapłaty wynagrodzenia za zrealizowaną część.

2. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili jej zawarcia, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. W tym przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

3. Odstąpienie od umowy winno następować w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

### §8

1. Do współpracy w sprawach związanych z wykonaniem Umowy upoważnia się:

- a. ze strony Zamawiającego: .....
- b. ze strony Wykonawcy: .....

2. Zmiana osób, o których mowa w ust. 1 następuje poprzez pisemne powiadomienie drugiej Strony i nie stanowi zmiany Umowy.

### §9

1. W sprawach nieuregulowanych Umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego.

2. Zmiana treści umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

3. Spory powstałe w związku z wykonaniem Umowy Strony zgodnie poddają rozstrzygnięciu sądu właściwego miejscowo ze względu na siedzibę Zamawiającego.

4. Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach: 1 dla Wykonawcy i 2 dla Zamawiającego.

5. Integralną częścią Umowy są następujące załączniki:

- a. Załącznik nr 2 – zapytanie ofertowe,
- b. Załącznik nr 3 – oferta wykonawcy,
- c. Załącznik nr 4 – wzór protokołu odbioru.

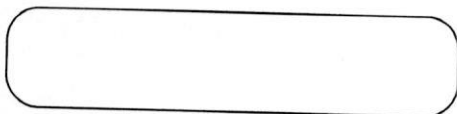
.....  
**Zamawiający**

.....  
**Wykonawca**





Załącznik Nr 3 do zapytania ofertowego  
znak: **ZD.253.10.2014**



..... data .....

## **O Ś W I A D C Z E N I E** **O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Przystępując do udziału w postępowaniu o zamówienie publiczne na *zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjnych zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych dla 15 osób niepełnosprawnych w zakładzie opieki zdrowotnej na terenie Powiatu Legionowskiego w ramach projektu „Pokonaj siebie! Udowodnij, że możesz więcej”* oświadczamy, że spełniamy warunki dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia;
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.....  
( pieczętka i podpis Wykonawcy)\*

\*osoby figurującej lub osób figurujących w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy lub we właściwym upoważnieniu.







Załącznik Nr 4 do zapytania ofertowego  
znak: **ZD.253.10.2014**

**PROTOKÓŁ ODBIORU**  
do umowy nr .....

zawartej w dniu ..... 2014 roku w Legionowie, pomiędzy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Legionowie z siedzibą przy ul. Gen. W. Sikorskiego 11 w Legionowie (05-119) posiadającym NIP 536 16 76 201, REGON 017168210, reprezentowany przez: Annę Kaczmarek, Dyrektora, zwanym dalej Zamawiającym,

a

.....  
.....  
..... reprezentowaną przez:  
....., zwanej dalej Wykonawcą

Wykonawca w dniu ..... r. przekazał Zamawiającemu

Lp.		Stan realizacji
1.	Kopie ..... szt. kart indywidualnych zajęć rehabilitacyjnych wraz z informacją o skierowaniach na zabiegi, datach zrealizowanych zabiegów oraz innych zaleceń lekarskich (każda o poświadczona za zgodność z oryginałem)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie Wykonawcy o zagwarantowaniu uczestnikom zajęć zimnych i ciepłych napojów w czasie przerw między zabiegami.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3.	Kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem ubezpieczenia uczestników od NNW powstałych w związku z prowadzonymi zabiegami oraz w drodze do i z zajęć.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
4.	..... szt. ankiet ewaluacyjnych	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Uwagi:.....  
.....

