Fundusze Europejskie
Program Regionalny

WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
w Busku-Zdroju
ul. Boh. Warszawy 120
tel. 41-370 81 86; fax 41-378 84 58

Busko-Zdrój, 26.07.2021 r.

ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ W PROWADZONYM ROZPOZNANIU CENOWYM NA

„Świadczenie usług psychiatrycznych w ramach Projektu „Rodzina w Centrum"

Mając na względzie postanowienia art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych i obowiązki wynikające z art. 35 ust. 3 ustawy o finansach publicznych zapraszam do złożenia oferty cenowej na załączonym druku „oferta cenowa".

1. Zakres rzeczowy świadczenia usługi **został określony w załączniku nr 1 do zaproszenia**, który stanowi integralną część zaproszenia.

2. Oferowana cena musi uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym należny podatek VAT.

3.Zamawiający dokona wyboru wykonawcy, którego zakres rzeczowy złożonej oferty jest zgodny z wymaganiami zamawiającego i zaoferuje najniższą cenę.

4.Zamawiający informuje, że zgodnie z umową o dofinansowanie w pierwszej kolejności zamówienie będzie udzielane Podmiotowi Ekonomii Społecznej (PES).
W przypadku przekroczenia kwoty przeznaczonej na realizację zamówienia przez PES lub niezłożenia oferty przez PES będą rozpatrywane oferty innych podmiotów.

5.Ofertę cenową wraz z wymaganymi dokumentami należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do **dnia 02.08.2021 r. godzina 15.30 w sekretariacie Dyrektora PCPR-u w Busku Zdroju, ul. Bohaterów Warszawy 120 lub pocztą elektroniczną na adres e-mail: centrum@centrumbusko.pl** Oferty, które wpłyną po tym terminie nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone bez otwierania.

6.Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, zapieczętowanej w sposób gwarantujący zachowanie w poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert. Na kopercie oferty należy zamieścić następujące informacje: **Rozpoznanie cenowe na: „Świadczenie usług psychiatrycznych w ramach Projektu „Rodzina w Centrum". Nie otwierać przed dniem 03.08.2021 r. godz. 9.15".**

7.Otwarcie ofert nastąpi w dniu **03.08.2021 r. o godz. 9.15 w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Busku – Zdroju, ul. Bohaterów Warszawy 120, 28-100 Busko-Zdrój.**

ZATWIERDZAM

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Busku-Zdroju
mgr Arleta Chwalik

Załącznik nr 1 do oferty cenowej – Przedmiotem zamówienia jest „Świadczenie usług psychiatrycznych w ramach Projektu „Rodzina w Centrum"
Załącznik nr 1 jest integralną częścią oferty cenowej. Zawiera szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.

1. **Zamawiający:**

   Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Busku - Zdroju, ul. Bohaterów Warszawy 120, 28-100 Busko-Zdrój tel. 41 234 56 86; fax 41 234 56 99,
   e – mail: centrum@centrumbusko.pl strona: www.centrumbusko.pl

2. Przedmiot zamówienia finansowany jest w ramach Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 9 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych, Podziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych, Projekt w trybie konkursowym pn. **„Rodzina w Centrum".**

ZAKRES ZADAŃ, OBOWIĄZKÓW, ODPOWIEDZIALNOŚCI ORAZ ISTOTNE POSTANOWIENIA UMOWY

I. Zakres zadań:

1. Diagnoza psychiatryczna, badanie stanu zdrowia psychicznego i rozpoznawanie jednostek chorobowych Uczestników Projektu „Rodzina w Centrum".
2. Leczenie istniejących chorób i zapobieganie ich rozprzestrzeniania.
3. Konsultacje psychiatryczne.
4. Wydawanie opinii lub orzeczeń dotyczących klientów.
5. Promocja projektu, informowanie na temat działań realizowanych w ramach projektu, źródle pochodzenia środków na realizację projektu z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejskiego Funduszu Społecznego, przekazywanie zainteresowanym materiałów promocyjnych i formularzy.

II. Zakres obowiązków:

1. Wykonawca zobowiązany będzie do świadczenia usług osobiście w wymiarze godzinowym określonym w miarę potrzeb przez Zamawiającego, w dziennym przedziale czasowym pomiędzy godzinami od 7.30 do 18.00, od poniedziałku do piątku. Szczegółowy wymiar godzinowy oraz terminy realizacji przedmiotu umowy (harmonogram) uzgodnione zostaną z Wykonawcą z wyprzedzeniem, nie krótszym niż 7 dni.

2. Zadania będą realizowane w siedzibie PCPR w Busku-Zdroju lub prywatnym gabinecie specjalisty na terenie miasta Busko-Zdrój.

3. Prowadzenie ewidencji udzielanego wsparcia w postaci:

   a) dokumentacji medycznej dla każdego Uczestnika Projektu „Rodzina w Centrum";

   b) rejestru wykonanych zadań (karty czasu pracy), który Wykonawca zobowiązuje się również przedstawić do kontroli Zamawiającego oraz w celach rozliczeniowych.

4. Poddania się kontroli zamawiającego w zakresie efektywności, rzetelności i jakości realizacji przydzielonego zakresu zadań oraz prawidłowości prowadzonej dokumentacji dotyczącej realizacji zamówienia.

III. Zakres odpowiedzialności:

1. Odpowiada za:

   a) pełną realizację powierzonych zadań,

   b) poprawne udzielanie informacji,

   c) mienie powierzone w celu realizacji projektu,

   d) prawidłową i terminową realizację zadań,

   e) zachowanie tajemnicy danych osobowych uczestników projektu i tajemnicy służbowej.

2. Ponosi odpowiedzialność za podejmowane decyzje oraz sporządzane przez siebie dokumenty związane z realizacją projektu.

3. Przy świadczeniu usług psychiatrycznych Wykonawca zobowiązany jest do dochowania należytej staranności oraz przestrzegania zasad: poufności, bezstronności oraz aktualności i rzetelności.

4. Ponosi odpowiedzialność cywilnoprawną wobec osób trzecich za ewentualne szkody powstałe podczas realizacji działań.

IV. Istotne postanowienia zamówienia:

1. Forma umowy: umowa - zlecenie z osobami fizycznymi nie prowadzącymi działalności gospodarczej lub osobami fizycznymi będącymi przedsiębiorcami w rozumieniu *Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej* – świadczącymi usługi objęte działalnością gospodarczą

2. Okres świadczenia usług Psychiatry: od 01.09.2021 r. do 30.06.2023 r.

3. Zakładana łączna liczba godzin udzielanego wsparcia w okresie umownym: **88 (średnio 4 godziny miesięcznie)**.

4. Wynagrodzenie stanowi iloczyn godzin zegarowych świadczonych przez Wykonawcę usług w danym 30-dniowym okresie rozliczeniowym oraz stawki za 1 (jedną) godzinę zegarową.

5. Wynagrodzenie wypłacane będzie z dołu na wskazany przez Wykonawcę rachunek bankowy, w ciągu 14 dni, po zatwierdzeniu wykonania zadań w okresie rozliczeniowym i otrzymaniu faktury (rachunku) od Wykonawcy.

6. Wymaga się dyspozycyjności Wykonawcy w rozumieniu Część II pkt. 1-2. Koszty przejazdu do miejsca wykonywania usług zawierają się w wynagrodzeniu ogólnym i nie będę odrębnie refundowane.

7. Wykonawca nie może pobierać opłat od Uczestników Projektu za świadczone w ramach umowy usługi.

UWAGA! CZAS PRACY POWINIEN BYĆ TAK OKRESLONY, ABY ZREALIZOWAĆ NALEŻYCIE WW. ZAKRES ZADAŃ I OBOWIĄZKÓW I TYM SAMYM OSIĄGNĄĆ ZAŁOŻONE CELE PROJEKTU.

WYKAZ DOKUMENTÓW WYMAGANYCH W POSTĘPOWANIU

I. Dokumenty potwierdzające uzyskanie tytułu lekarza o specjalności psychiatrycznej;

II. Oferta na formularzu wg wzoru do zapytania ofertowego *(wymagana forma dokumentu - oryginał);*

III. Oświadczenie Oferenta - Załącznik nr 2 do Oferty cenowej;

IV. Klauzula informacyjna RODO.