Rybik, dnia 14.07.2020 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

W związku z realizacją projektu **„Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Rybniku i powiecie rybnickim, w Centrum Medyczno-Rehabilitacyjnym Relax-Med”,** numer **WND-RPSL.08.03.02-24-00GG/19, Relax-Med Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Piasta 21 w Rybniku** realizujący projekt,

zaprasza do złożenia oferty na przeprowadzenie szkolenia kadry medycznej z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego.

**Tryb postępowania:** postępowanie o udzielenie zamówienia jest prowadzone w ramach procedury rozeznania rynku i jest realizowane w rozumieniu i zgodnie z „Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020” Ministerstwa Rozwoju (wersja z dnia 22 sierpnia 2019 r.), bez stosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych z późn. zm.

W szkoleniach weźmie udział kadra medyczna: lekarze specjaliści w dziedzinie rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii lub neurologii, lekarze rezydenci odbywający specjalizację w ww. dziedzinach oraz fizjoterapeuci.

Szkolenia realizowane będą w trybie jednodniowym, obejmując łącznie co najmniej 8 godzin edukacyjnych (45minutowych) w grupach 4 osobowych.

Treści przekazywane w ramach szkoleń powinny dotyczyć m.in. tematyki:

* kompleksowości postępowania w rehabilitacji pacjentów z chorobami przewlekłymi układu ruchu – 2 godz. (dot. sposobów koordynacji pracy fizjoterapeuty, lekarza rehabilitacji i innych specjalizacji, np. neurologa, dietetyka; dot. rozwiązywania problemów zdrowotnych pacjentów i podnoszenia zdolności do zatrudnienia),
* najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki – 1 godz. (m.in. WHO, organizacji branżowych np.stand.ardy EULAR, NICE, SYNODA itd.; najnowsze ustalenia instytucji o światowej renomie w zakresie sposobów postępowania z chorymi w grupie objętej wsparciem w projekcie),
* nowoczesnych metod fizjoterapii i terapii zajęciowej – 2 godz. (dot. praktycznej nauki technik diagnostyki manualnej, obrazowania i innych w obszarze przewlekłych chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, nowych technik terapii, ćwiczeń, masażu, kinezyterapii – w odpowiedzi na problemy chorób cywilizacyjnych, nowych problemów ergonomii pracy, z uwzględnieniem aspektu psycholologicznego w terapii),
* stosowania kwestionariuszy i innych narzędzi oceny stanu zdrowia w rehabilitacji leczniczej – 1 godz. (obejmujące zagadnienia szerszej praktyki uwzględniającej w pracy założenia Evidence Based Medic, testów HAQ, WHOQOL-BREF, IPAQ, systemu teleopieki, wykorzystania nowych technik komunikacji z pacjentem, nowych testów, wywiadu i elektronicznej form rejestracji, zaleceń i postępowania leczniczego),
* konieczności uwzględniania edukacji zdrowotnej oraz psychoedukacji w rehabilitacji ww. Pacjentów – 2 godz. (prowadzenie komunikacji z pacjentem w toku rehabilitacji i po jej zakończeniu, analizowanie z pacjentem stanu zdrowia, czynników ryzyka - w tym doradztwo w ich eliminowaniu, zachęcanie do bezpiecznego ruchu, ze wskazaniem adekwatnych form/ćwiczeń –zwiększających szanse pokonania choroby i stanu profilaktyki dalszych zmian chorobowych; obejmujące kwestionariusz motywacji i poprawy stanu psychicznego pacjenta w toku fizykoterapii).

W celu oceny efektywności szkoleń Wykonawca opracuje ankietę ewaluacyjną dot. przekazywanych treści, obejmującą min. 20 pytań zamkniętych. Anonimowa ankieta zostanie przeprowadzona przed szkoleniem w formie pre-testu oraz po szkoleniu w formie post-testu. Wyniki ankiet zostaną wprowadzone do arkusza programu Excel i przekazane Zamawiającemu w formie elektronicznej i papierowej. Dodatkowo Wykonawca będzie zobowiązany do przeprowadzenia wśród uczestników ankiet oceniających jakość przeprowadzonych działań oraz wydania uczestnikom certyfikatów potwierdzających podniesienie kwalifikacji zawodowych.

Szkolenia będą prowadzone w formie wykładów i warsztatów (case study) z wykorzystaniem materiałów papierowych i elektronicznych (prezentacja dostosowana do wymagań WCAG 2.0) przygotowanych przez Wykonawcę. Do zadań wykonawcy należy również wydruk materiałów szkoleniowych. Materiały szkoleniowe powinny być zbindowane i oprawione.

**Cel zamówienia:**

Szkolenia mają na celu wzrost kwalifikacji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego**.**

**Liczba biorących udział w szkoleniu:** 4 osoby ( 1 grupa szkoleniowa)

**Wymiar godzinowy:**

8 godz. edukacyjnych x 1 grupa szkoleniowa (8 godz./ 1 dzień szkoleniowy), łącznie 8 godzin edukacyjnych (1 godz. edukacyjna = 45minut).

**Termin realizacji**: zamówienie będzie realizowane: 1.09.2020 r. – 31.12.2020 r.

**Zamawiający zapewnia salę szkoleniową z wyposażeniem .**

**Wymagania szczególne dotyczące oferentów**:

Wykonawca powinien posiadać doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/warsztatów z zakresów medycznych (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 8 godzin, dla min. 50 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami) oraz posiadać certyfikaty potwierdzające posiadane uprawnienia do przeprowadzania szkoleń w ww. tematyce.

Zajęcia mogą prowadzić wyłącznie osoby wykonujące zawody medyczne i mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w tym w szczególności doświadczone w pracy z pacjentami dotkniętymi problemami chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego (zgodnie z Regionalnym programem rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022), tj.:

1. lekarze specjaliści w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, posiadających co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu mięśniowego i kostno-stawowego
2. fizjoterapeuci, posiadających tytuł magistra fizjoterapii co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu mięśniowego i kostno-stawowego,

**Informacje o wykluczeniu:** zamawiający nie może udzielić zamówienia podmiotom powiązanym z nim osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego 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 udziałów lub co najmniej 10% 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.

W celu potwierdzenia braku powiązań kapitałowych lub osobowych, o których mowa powyżej, Wykonawca dołącza do oferty oświadczenie o braku występowania wyżej wymienionych powiązań.

**Dodatkowe informacje**: wyceny należy składać na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.

**Kryterium oceny ofert:** cena – 100%

Cena powinna obejmować wszystkie koszty, które mogą powstać w związku z realizacją usługi, tj. przeprowadzenia zajęć (koszt pracy trenera i przygotowania materiałów szkoleniowych bez uwzględniania kosztów zapewnienia sali). Cena oferty winna być wyrażona w złotych polskich, zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku zgodnie z zasadami rachunkowymi. Oferent może podać tylko jedną cenę, bez proponowania rozwiązań wariantowych.

**Termin składania ofert:** 29.07.2020r. (do końca dnia; decyduje data wpływu do biura projektu lub data przesłania oferty na adres e-mail wskazany poniżej). Oferty prosimy przesyłać na adres e-mail: : [pawel@relax-med.pl](mailto:pawel@relax-med.pl) , przesłać pocztą/kurierem lub dostarczyć bezpośrednio do biura projektu w Rybniku przy ul. Piasta 21, Biuro Zamawiającego jest czynne od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 17.00

W razie potrzeby dodatkowych informacji udzieli Państwu: Paweł Zostawa, e-mail: [pawel@relax-med.pl](mailto:pawel@relax-med.pl) , tel. **507 179 142** .

Załącznik nr 1

........................................, dn. ..................... r.

miejscowość, data

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

*nazwa Oferenta*

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

*adres Oferenta*

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

*numer NIP*

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

*adres e-mail do korespondencji*

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

*numer telefonu*

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia 14.07.2020 r. dotyczące przeprowadzenia szkolenia kadry medycznej z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, w ramach projektu „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Rybniku i powiecie rybnickim, w Centrum Medyczno-Rehabilitacyjnym Relax-Med”, numer WND-RPSL.08.03.02-24-00GG/19 realizowanego przez Relax-Med Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Piasta 21 w Rybniku

oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym za cenę:

CENA JEDNOSTKOWA NETTO:............................................. PLN (za .............................)

SŁOWNIE: ......................................................................................................

ILOŚĆ: ..........................

CENA ŁĄCZNA NETTO: .....................................PLN

SŁOWNIE:.........................................................................................................

Podatek VAT w łącznej wysokości ................. %, tj. ............................. PLN

zgodnie z art. 41 ust. 12 ustawy o podatku od towarów i usług (Dz.U.2018.0.2074 t.j. – Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. p podatku od towarów i usług)\*

CENA ŁĄCZNA BRUTTO (z podatkiem VAT): ........................................... PLN (za ...............................)

SŁOWNIE: .........................................................................................................

Oświadczam, że posiadam lub dysponuję osobami, które posiadają uprawnienia i doświadczenie wymagane do wykonania przedmiotu zamówienia.

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

data i podpis osoby upoważnionej i pieczątka Oferenta

Załącznik nr 2

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

*nazwa Oferenta*

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

*adres Oferenta*

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

*numer NIP*

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ** **KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/a, …………………………………….……………………………………………………..…………………..………...

reprezentujący/a: ………………………………………………………….........................................................................

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

oświadczam, że nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tj. **Relax-Med Sp. z o.o.** realizującym projekt (Beneficjentem).

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego 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 udziałów lub co najmniej 10% 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.

……………………………….. …………………………………………………

miejscowość, data podpis osoby upoważnionej