Rybnik, 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 przeprowadzenia zajęć z **zakresu edukacji zdrowotnej dla pacjentów uczestniczących w kompleksowej rehabilitacja, dotkniętych problemem chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego.**

**Zamawiający:** STAROCHORZOWSKA FUNDACJA ZDROWIA I EKOLOGII z siedzibą przy ul. Gabriela Narutowicza 3 w Chorzowie

**W imieniu Zamawiającego procedurę przeprowadza:** Relax-Med Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Piasta 21 w Rybniku

**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.

**Informacje szczegółowe:**

Do podstawowych zadań Wykonawcy będzie należało:

Przeprowadzenie zajęć w zakresie edukacji zdrowotnej (3 spotkania 45-minutowe w grupach maksymalnie 20-osobowych), prowadzonych przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub specjalistę zdrowia publicznego wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Wykonawcę pre-testu na pierwszej prelekcji oraz post-testu po trzeciej prelekcji, uwzględniającego minimum 10 pytań zamkniętych (tematyka to m.in. rola aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób przewlekłych układu ruchu, zalecane formy aktywności fizycznej, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego stylu życia obejmującego ograniczenie lub rezygnację z używek, dostępność w regionie grup wsparcia i stowarzyszeń pacjentów, wskazania do leczenia operacyjnego w wybranych przypadkach klinicznych).

Do zadań wykonawcy będzie należało również przygotowanie treści materiałów edukacyjnych.

Zleceniodawca zapewnia salę na terenie powiatu rybnickiego, oraz wydruk materiałów szkoleniowych.

**Liczba pacjentów:** 900

**Cel zamówienia:**

Szkolenia mają na celu wzrost wiedzy pacjentów z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym zalecanych form aktywności fizycznej, zapobieganie wypadkom i zranieniom, rola zdrowego stylu życia w profilaktyce i leczeniu chorób przewlekłych układu kostno-stawowego.

**Wymiar godzinowy:** 3 spotkania x 45 minut na pacjenta (w ramach 1 dnia szkoleniowego) w grupach maksymalnie 20-osobowych (minimalnie 10-osobowych).

**Termin realizacji**: zamówienie będzie realizowane w okresie od **2020.08.01 do 2022.12.31.**

**Zamawiający zapewnia salę szkoleniową z wyposażeniem i wydruk materiałów szkoleniowych.**

**Wymagania szczególne dotyczące oferentów**:

Zajęcia z edukacji zdrowotnej prowadzone będą przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub specjalistę zdrowia publicznego, posiadających:

* co najmniej tytuł zawodowy magistra lub równorzędny,
* doświadczenie w prowadzeniu zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 2 godzin, dla min. 25 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami).

**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 i przygotowanie treści materiałów szkoleniowych (koszt pracy trenera bez uwzględniania kosztów zapewnienia sali i druk materiałów szkoleniowych). 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:** 29.07.200 r. (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 zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej dla pacjentów uczestniczących w kompleksowej rehabilitacja, dotkniętych problemem 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 Beneficjentem, tj. **Relax-Med Sp. z o.o.** realizującym projekt.

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

Załącznik nr 3

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

*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. **Starochorzowska Fundacja Zdrowia i Ekologii** realizującym projekt (Partnerem).

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