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 wydruk 2700 zestawów materiałów szkoleniowych.

**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:**

Zamówienie obejmuje wydruk 2700 szt. zestawów materiałów szkoleniowych: format A5, wydruk, w kolorze, z ilustracjami/zdjęciami kolorowymi, 30 stron/1 zestaw materiałów. Każdy zestaw powinien być zszyty i oprawiony.

**Ilość: 2 700 zestawów**

**Cel zamówienia:**

Materiały szkoleniowe mają na celu ułatwienie przyswajania wiedzy pacjentów z zakresu psychoedukacji, edukacji zdrowotnej oraz edukacji żywieniowej.

**Termin realizacji**: 01.08.2020 do 01.12.2022

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

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

ceny należy podać w przeliczeniu na 1 komplet, cena powinna obejmować wszystkie koszty, które mogą powstać w związku z realizacją usługi. 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 wydruku 900 / 2700 zestawów materiałów szkoleniowych, 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