**Zapytanie ofertowe**

**Zamawiający:**

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, Sekcja do Spraw Programów Zdrowotnych i Promocji Zdrowia, 53-208 Wrocław, ul. Podróżnicza 26/28, tel.71/335- 29- 69/60 , fax 71 / 335-29-69/68

**Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest prowadzenie indywidualnego poradnictwa z zakresu żywienia.

Uczestnikami programu mogą być dzieci, młodzież i osoby dorosłe mieszkające na terenie miasta Wrocławia z rozpoznaną cukrzycą , zagrożone cukrzycą , z innymi zaburzeniami metabolicznymi oraz ich rodziny i opiekunowie.

Zadanie finansowane jest z budżetu Miasta Wrocławia.

**Szczegółowe warunki zamówienia:**

Miejsce realizacji zlecenia:

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ - Przychodnia Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień ul. Samuela Lindego 2, Wrocław

Termin realizacji zlecenia: od lutego 2018 do 30 listopada 2018.

Termin realizacji zlecenia może ulec wydłużeniu według zapotrzebowania zgłaszanego przez WCZ SPZOZ. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia ilości godzin pracy realizatorów do 50% wartości umowy z zachowaniem warunków określonych w złożonej ofercie .

Edukacja zdrowotna powinna być prowadzona 1 raz w tygodniu przez około 2-3 godziny. Preferowane godziny popołudniowe.

W planowaniu liczby godzin wskazane jest uwzględnienie minimum 2 tygodniowej przerwy urlopowej.

Zakres zadań:

1. Prowadzenie poradnictwa dietetycznego z nauką przygotowywania posiłków oraz układania jadłospisów w cukrzycy i zaburzeniach metabolicznych zgodnie z przedstawionym harmonogramem.
2. Prowadzenie i dokumentowanie pomiarów: wagi ciała, wzrostu, wskaźników BMI i WHR.
3. Prowadzenie dokumentacji z przeprowadzonych porad dietetycznych:
	1. ewidencja przyjęć według ustalonego wzoru,
	2. prowadzenie dokumentacji według przyjętego wzoru,
	3. archiwizowanie dokumentacji zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
4. Ponoszenie odpowiedzialności za sprzęt i materiały stanowiące wyposażenie gabinetu.
5. Informowanie pacjentów o innych działaniach prowadzonych w ramach programu: szkoleniach, zajęciach ruchowych,
6. Sporządzanie okresowych sprawozdań merytoryczno-finansowych.
7. Sporządzanie list osób, u których przeprowadzono edukację.
8. Opracowanie materiałów informacyjnych i szkoleniowych do bieżącego wykorzystania w programie.

**Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca:**

1. wykształcenie kierunkowe: dietetyk lub technolog żywienia

oraz

1. minimum 3-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami chorymi na cukrzycę
2. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym lub podpisane oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym
3. oświadczenie o posiadaniu aktualnego zaświadczenie o przeszkoleniu BHP

Oferty proszę zgłaszać osobiście lub listownie w formie pisemnej na druku formularza ofertowego na adres: Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław lub przesłać mailem na adres : bjozefowicz@spzoz.wroc.pl

Oferty przyjmowane są do 08.01. 2018 do godziny 10:00

**Dodatkowe informacje:**

1. Zapytanie ofertowe może być unieważnione bez podania przyczyny.
2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość wyboru tylko niektórych ofert.
3. Z oferentami, którzy zostaną wybrani zostaną zawarte umowy pod warunkiem zawarcia z Zamawiającym umowy dotacji przez Gminę Wrocław na realizację zadania określonego w zapytaniu. W przypadku nie zawarcia przez Gminę Wrocław w/w umowy z Zamawiającym, lub zawarciem jej na zasadach uniemożliwiających realizację zadania na zasadach określonych w niniejszym zapytaniu lub ofercie, Oferentom nie przysługują w stosunku do Zamawiającego żadne roszczenia.

**Załącznik:**

1. Formularz ofertowy
2. Oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o możliwości wykonywania świadczeń deklarowanych do realizacji zadań objętych zapytaniem ofertowym oraz aktualnego wymaganego szkolenia BHP

|  |  |
| --- | --- |
| **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ** **Ul. Podróżnicza 26/28****53-208 Wrocław** |  **tel. 71/335-29-69/60** **tel./fax 71/335-29-68** |

**FORMULARZ OFERTOWY**

**1. Realizacja zlecenia:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:**

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

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

**3. Adres:** .............................................................................................................

 *miejscowość kod pocztowy*

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

 *ulica i numer lokalu*

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

 *telefon e-mail*

**4. PESEL**: ...................................................................

**5. NIP**: ......................................................................

 ( wpisują osoby prowadzące działalność gospodarczą)

**6. Regon**: ..................................................................

 ( wpisują osoby prowadzące działalność gospodarczą)

**7. Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:** ......................................................................................................................................................................................................................................................

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

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

**8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:** ......................................................................................................................................................................................................................................................

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**9. Harmonogram pracy :**

**Termin realizacji zlecenia:** od ………………………………………… do …………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa placówki | Dzień tygodnia | Godziny realizacji zadania | Planowana liczba godzin z uwzględnieniem minimum 2 tygodniowej przerwy urlopowej |
| 1. |  |  |  |  |

● Oferent oferuje możliwość prowadzenia edukacji w soboty/niedziele, według zapotrzebowania zgłoszonego przez WCZ SPZOZ za …………………………………………………… zł

 ( wpisać stawkę za godzinę)

**10. Oferowana kwota brutto w złotych polskich za jedną godzinę pracy:**

............................. zł brutto , słownie: .............................................................. zł

 (kwota)

**11.** …………………….. x ………………………… zł = ……………………………………………………………… zł

 (ilość godzin) (stawka za godzinę) ( Łączna kwota)

Słownie : ………………………………………………………………………………………………………………………… zł

**12.** **Inne informacje mogące mieć znaczenie przy wyborze oferty:**

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

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

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania ( zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych) Dz. U. z 2014r., poz.1182)

 …………………………………………..

 pieczątka / podpis oferenta

 Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 6/2015 z dn.19.01.2015 r.

 Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

 ul. Podróżnicza 26-28 53-208 Wrocław

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………

urodzony(a) …………….………………………… w ……….……………………………….

wykonujący(a) usługi na innej podstawie niż stosunek pracy we Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Podróżnicza 26-28, 53-208 Wrocław oświadczam, że posiadam aktualne obowiązujące dla mojego stanowiska zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia oraz aktualne wymagane szkolenia BHP.

Jednocześnie zobowiązuję się przedstawić wspomniane zaświadczenia na każde żądanie.

 ............................... DATA I PODPIS