

Załącznik nr 3
do regulaminu udzielania zamówień publicznych
o wartości nieprzekraczającej 30 000 euro netto

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28,
53-208 Wrocław
tel. 71 363 12 23
REGON 000313331
NIP 894-24-60-800

Znak sprawy: DPZ.42.31.48.2018.1.RNO

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na
**„Prowadzenie edukacji zdrowotnej mobilnej, dotyczącej profilaktyki raka piersi, w ramach Programu
pn. Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia”**

*Postępowanie prowadzone na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień
publicznych – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych kwoty 30 000 Euro*

1. Zamawiający:

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28,
53-208 Wrocław

Zatwierdził:
Dyrektor WCZ SP ZOZ
Wojciech Skiba

Wrocław, dnia 17.01.2020

2. Opis przedmiotu zamówienia oraz zakres zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest: **„Prowadzenie edukacji zdrowotnej mobilnej dotyczącej profilaktyki raka piersi, w ramach Programu pn. Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia”, w dzielnicy Śródmieście oraz w dzielnicy Stare Miasto**

Klasyfikacja zamówienia wg CPV: 85140000-2

Szczegółowe warunki zamówienia:

1. Miejsce realizacji zlecenia: Podmioty medyczne na terenie Miasta Wrocławia, wg podziału określonego przez Zamawiającego tj:

Dzielnica Fabryczna – 1 Punkt Edukacji Zdrowotnej

Dzielnica Śródmieście – 1 Punkt Edukacji Zdrowotnej

2. Termin realizacji zlecenia: od lutego 2020 do 30.11.2020. Termin realizacji zlecenia może ulec wydłużeniu według zapotrzebowania zgłaszanego przez WCZ SP ZOZ.

Dodatkowo: Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia ilości godzin pracy realizatorów do 50 % wartości umowy z zachowaniem warunków określonych w złożonej ofercie.

3. Zakres zadań:

- a) Zorganizowanie na terenie Podmiotu Medycznego Punktu Edukacji Zdrowotnej. Dopuszcza się również prowadzenie Punktów Mobilnych np. W Zakładzie Karnym, przychodniach, szkołach, podczas pikników, festynów.
- b) Prowadzenie naboru do Punktu Edukacji Zdrowotnej.
- c) Prowadzenie edukacji zdrowotnej kobiet dotyczącej problemów zdrowotnych w poszczególnych okresach życia, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki nowotworów piersi, raka szyjki macicy. W ciągu godziny należy przyjąć minimum 3 osoby a nie więcej niż 4. W przypadku większego zainteresowania dopuszcza się prowadzenie edukacji w grupach 4-5 osobowych.
- d) Wykonanie palpacyjnego badania piersi kobietom zgłaszającym się do Punktu Edukacji Zdrowotnej.
- e) Przeprowadzenie szczegółowego instruktażu dotyczącego zasad i techniki samobadania piersi oraz samoobserwacji.
- f) Dokumentowanie wizyty każdej pacjentki zgodnie z przyjętą procedurą.
- g) Informowanie pacjentek o możliwości korzystania z konsultacji onkologicznej i badań specjalistycznych w ramach Programu profilaktyki raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia.
- h) Wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych i zakładanie książeczki, wydawanie skierowań
- i) Wykonanie kontrolnych badań piersi kobietom, które z powodów emocjonalnych, psychologicznych lub obniżonej sprawności fizycznej nie mogą badania wykonać samodzielnie.
- j) Informowanie kobiet o programach : profilaktyki raka szyjki macicy dla kobiet w wieku 25-59 lat, Programie profilaktyki raka piersi u kobiet w wieku 50-69 lat.
- k) Dbanie o estetykę i odpowiednie wyposażenie Punktu Edukacji Zdrowotnej.
- l) Udział w szkoleniach i zebraniach dotyczących realizacji programu.
- m) Prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej i sprawozdawczej.
- n) Prowadzenie dokumentacji merytoryczno-finansowej w celu rozliczenia się z wykonanych zadań i ilości przepracowanych godzin.

Zawarcie umowy:

Oferent przyjmuje do wiadomości , że przedmiot zamówienia jest realizowany w wykonaniu umowy dotacyjnej z Gminą Wrocław w Programie polityki zdrowotnej pn. Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia, w związku z czym w przypadku nie podpisania przez WCZ SPZOZ w/w umowy,

umowa z Oferentem również nie zostanie podpisana, a jeżeli była podpisana ulegnie rozwiązaniu bez roszczeń ze strony Oferenta, a ostateczna wartość umowy na poszczególne lata zostanie określona po określeniu wartości na realizację Programu przez Gminę Wrocław.

Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca:

a) wykształcenie kierunkowe:

- pielęgniarka z ukończonymi szkoleniami w zakresie profilaktyki raka piersi
- położna

b) minimum 4-letnie doświadczenie w edukacji dotyczącej profilaktyki raka piersi

c) aktualne obowiązujące dla danego stanowiska orzeczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do zatrudnienia lub podpisane oświadczenia o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do zatrudnienia (załącznik nr 3)

d) zaświadczenie o przeszkoleniu BHP lub podpisane oświadczenie (dotyczy Realizatorów ubiegających się o udzielanie edukacji zdrowotnej na terenie placówek Wrocławskiego Centrum Zdrowia)

3. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia kryteriów i sposobu oceny ofert oraz opis sposobu obliczenia ceny.

Cena „C” – 100 %

Przy wyborze ofert Zamawiający będzie stosował następujące kryteria:

Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert niepodlegających odrzuceniu przy zastosowaniu poniższych kryteriów:

3.1. cena „C” – 100%

4. Termin i miejsce realizacji zamówienia.

Miejsce: **Placówki medyczne i inne miejsca, w których przebywają duże skupiska kobiet, na terenie Wrocławia**

Termin realizacji zamówienia: luty 2020 - listopad 2020

5. Rozstrzygnięcie postępowania i zlecenie realizacji zamówienia:

Wybór najkorzystniejszych ofert zostanie dokonany niezwłocznie.

Po wyborze najkorzystniejszych ofert Zamawiający zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty o wyborze najkorzystniejszych ofert, podając nazwę i adresy Oferentów, których oferty wybrano.

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszych ofert zostaną zawarte umowy z Oferentami. W przypadku odmowy wykonania umowy przez wyłonionego Oferenta, dopuszcza się możliwość zawarcia przez Zamawiającego umowy z oferentem, którego oferta została porównana i oceniona jako kolejna najbardziej korzystna.

Zamawiający ma prawo do wezwań o wyjaśnienia zaoferowanej ceny oraz zamknięcia postępowania bez podawania przyczyny i wybrania którejkolwiek z ofert.

6. Sposób przygotowania ofert, miejsce i termin ich składania:

Oferty należy składać w formie pisemnej do dnia **06.02.2020** do godz. **14.30** w sekretariacie **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28.**

Dokumenty będą przyjmowane w dni powszednie w godzinach 9:00-14:30

Zamawiający **dopuszcza również** składanie ofert: e-mailem.

7. Opis warunków udziału w postępowaniu:

Zamawiający wymaga w stosunku do Wykonawców przedstawienia w ofercie:

- wypełnionego formularza ofertowego zgodnie z załącznikiem nr 1, złożenia Oświadczenia o nieodpłatnym udostępnieniu pomieszczeń, oświadczenia o posiadaniu aktualnych badań lekarza medycyny pracy.

Termin związania z ofertą: 30 dni od upływu terminu do składania ofert

8. Sposób prowadzenia korespondencji w sprawie niniejszego zamówienia:

pisemnie na adres: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław

a) e-mailem: rnowak@spzoz.wroc.pl

b) osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami:

– Renata Nowak, tel. 71 335-29-60

9. Warunki płatności za przedmiot zamówienia: określone w umowie

Załączniki do zapytania ofertowego:

1. Formularz ofertowy
2. Podpisane przez Dyрекcję Placówki Oświadczenie o nieodpłatnym udostępnieniu pomieszczenia dla Punktu Edukacji Zdrowotnej
3. Oświadczenie

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

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:

miejsowość

kod pocztowy

.....
ulica i numer lokalu

telefon

e-mail

4. PESEL:

5. NIP: (dla osób prowadzących działalność gospodarczą)

6. Regon: (dla osób prowadzących działalność gospodarczą)

7. Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:

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

8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:

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

.....

9. Harmonogram pracy 2019 r.:

L.P.	Nazwa placówki/Dzielnica	Dzień tygodnia	Godziny realizacji zadania	Planowana liczba godzin
1.				

- Oferent oferuje możliwość prowadzenia edukacji np. w trakcie pikników, szkoleń, wykładów itp. w soboty/niedziele lub inne dni tygodnia według zapotrzebowania zgłoszonego przez W CZ SPZOZ za
(wpisać stawkę za godzinę)

Harmonogram pracy 2020 r.:

L.P.	Nazwa placówki/Dzielnica	Dzień tygodnia	Godziny realizacji zadania	Planowana liczba godzin
1.				

- Oferent oferuje możliwość prowadzenia edukacji np. w trakcie pikników, szkoleń, wykładów itp. w soboty/niedziele lub inne dni tygodnia według zapotrzebowania zgłoszonego przez W CZ SPZOZ za
(wpisać stawkę za godzinę)

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

..... zł brutto , słownie: zł
(kwota)

11. Kosztorys rok 2019

..... x zł = zł
(ilość godzin) (stawka za godzinę) (łączna kwota)

Słownie : zł

Kosztorys rok 2020

..... x zł = zł
(ilość godzin) (stawka za godzinę) (łączna kwota)

Słownie : zł

Całościowa wartość w latach 2019-2020 zł

12. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy wyborze oferty:

.....
.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
pieczętka / podpis oferenta

Załącznik nr 2

.....
Pieczęć placówki medycznej

Wrocław dn.....

.....
Adres Punktu Edukacji Zdrowotnej

.....
Telefon

**Sz. P.
Wojciech Skiba
Dyrektor
Wrocławskiego Centrum Zdrowia
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
Ul. Podróżnicza 26/28
53-208 Wrocław**

Uprzejmie informuję, że w okresie od do

W
(nazwa placówki)

czynny będzie Punkt Edukacji Zdrowotnej w następujących dniach i godzinach:

.....

Dyżur w Punkcie pełnić będzie :
(imię i nazwisko pielęgniarki /położnej)

Planowana liczba godzin dyżurów w roku 2019 wynosić będzie: godz.,
natomiast w roku 2020godz.

Placówka zobowiązuje się do nieodpłatnego udostępnienia pomieszczenia odpowiadającego wymogom Punktu tj. odrębne pomieszczenie gwarantujące warunki sanitarne, lustro oraz kozetkę do badania.

Materiały edukacyjne niezbędne do realizacji programu oraz koszty pracy pielęgniarki /położnej finansowane będą ze środków Gminy Wrocław.

Z poważaniem

Załącznik nr 3

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) pracę 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 (nie posiadam) aktualne obowiązujące dla mojego stanowiska zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia oraz aktualne wymagane szkolenia bhp.

Jednocześnie zobowiązuję się przedstawić wspomniane zaświadczenia na każde żądanie

.....

data i podpis