|  |
| --- |
| **ZAPYTANIE OFERTOWE** |

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**Wykonanie usługi organizacji i przeprowadzenia on–line warsztatów dla podmiotów ochrony zdrowia w obszarze transgranicznym**

**oraz w zakresie komunikacji interpersonalnej w systemie opieki zdrowotnej**

Zamówienie realizowane w ramach projektu pn.:

**„WSPÓŁPRACA TRANSGRANICZNA INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE PRAW PACJENTA I JAKOŚCI USŁUG” NUMER PROJEKTU LT – PL – 3R - 245**

Zamawiający

reprezentowany przez

Dyrektora SPZOZ Augustów

ZATWIERDZAM

…………………........................……………

Augustów, dnia 8 październik 2020r.

|  |
| --- |
| 1. **BENEFICJENT (ZAMAWIAJĄCY).** |

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

w Augustowie , ul. Szpitalna 12

16-300 Augustów

Strona internetowa: [www.](http://www.wss.olsztyn.pl/)spzoz.augustow.pl

Osobą uprawnioną do kontaktu z oferentami jest: Adam Bartnicki e-mail: [zp@spzoz.augustow.pl](mailto:zp@spzoz.augustow.pl) lub Joanna Walulik kz @spzoz.augustow.pl

tel.: 87 644 52 59

Zapytanie ofertowe zostanie zamieszczone na stronie internetowej: [**www.spzoz.augustow.pl**](http://www.spzoz.augustow.pl)

Adres do korespondencji: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów

Godziny urzędowania: 7.00 – 14.35 w dni robocze

|  |
| --- |
| 1. **TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA I RODZAJ ZAMÓWIENIA.** |

* 1. **Tryb udzielenia zamówienia:**

Postępowanie prowadzone będzie w trybie zapytania ofertowego zgodnie z Regulaminem Wewnętrznym Zamawiającego

Do niniejszego zapytania ofertowego nie stosuje się ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (t. j Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 ze zm.)

|  |
| --- |
| 1. **FINANSOWANIE.** |

Zamówienie jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach w ramach

**PROJEKTU „WSPÓŁPRACA TRANSGRANICZNA INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE PRAW PACJENTA I JAKOŚCI USŁUG” NUMER PROJEKTU LT – PL – 3R - 245**

|  |
| --- |
| 1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.** |

**4.1** Przedmiotem zamówienia jest:

**Wykonanie usługi organizacji i przeprowadzenia on–line warsztatów dla podmiotów ochrony zdrowia w obszarze transgranicznym – 3 warsztaty**

**oraz w zakresie komunikacji interpersonalnej w systemie opieki zdrowotnej – 3 warsztaty.**

Łącznie 6 warsztatów jednodniowych realizujących tematy**:**

* Polityka zdrowotna w polityce publicznej – kontekst krajowy i międzynarodowy - prezentacja, dyskusja moderowana
* Komunikacja interpersonalna dla pracowników ochrony zdrowia - prezentacja, dyskusja moderowana

**Termin wykonania do 30.10. 2020 r. (datę przeprowadzenia warsztatów wskaże Wykonawcy-Zamawiający w terminie do 7 dni przed ich rozpoczęciem).**

**Wykonawca zapewni :**

1. **Obsługę techniczną zapewniającą łączność na wizji i fonii, w czasie trwania warsztatów**
2. **Przygotowanie przekazanych przez Zamawiającego materiałów szkoleniowych/skryptów, do pobrania online (dopuszcza się możliwość przekazania drogą mailową)**
3. **moderację warsztatów**
4. **tłumaczenia ustne polsko- litewskie**
5. **archiwizacja warsztatu co najmniej w pliku audio**

|  |
| --- |
| 1. **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA.** |

Termin wykonania zamówienia **-**

1) WARSZTAT DLA PODMIOTÓW OCHRONY ZDROWIA W OBSZARZE TRANSGRANICZNYM - **do 30.10.2020 r.**

2)WARSZTATY: Komunikacja interpersonalna dla pracowników ochrony zdrowia

Termin **do 30.10.2020 r.**

**Miejsce wykonania zamówienia- miasto Augustów, woj. podlaskie**

|  |
| --- |
| 1. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU, OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY ICH SPEŁNIENIA. PODSTAWY WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU.** |

**6.1** Wykonawca wykaże dysponowanie osobami, które będą skierowane do realizacji zamówienia:

-co najmniej jedną osobą, która posiada doświadczenie w zakresie moderowania warsztatów związanych z tematyką ochrony zdrowia i

-co najmniej osobą, która posiada doświadczenie w zakresie moderowania warsztatów związanych z tematyką współpracy transgranicznej.

Sposób oceny warunku: na podstawie oświadczenia Wykonawcy

**6.2 Do udziału w postępowaniu dopuszczeni są jedynie wykonawcy, którzy nie są powiązani z Zamawiającym 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 przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez instytucję zarządzającą w wytycznych programowych,

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.

**Sposób oceny spełniania braku podstaw wykluczenia:**

**6.3** Weryfikacja nastąpi w oparciu o oświadczenie Wykonawcy o braku ww. powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym wg załącznika nr 2 do Zapytania Ofertowego.

Zamawiający może wykluczyć wykonawcę na każdym etapie postępowania o udzielenie zamówienia.

**Sposób oceny spełniania braku podstaw wykluczenia:**

Weryfikacja nastąpi w oparciu o oświadczenie Wykonawcy o braku ww. podstaw wykluczenia wg załącznika nr 3 do Zapytania Ofertowego.

**6.4** Oferty wykonawców, którzy wykażą spełnianie wymaganych warunków i brak podstaw wykluczenia zostaną dopuszczone do badania i oceny. Ocena spełniania przedstawionych powyżej warunków zostanie dokonana wg formuły: „spełnia – nie spełnia”.

* 1. Jeżeli wykonawca nie złożył oświadczeń, o których mowa lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez zamawiającego wątpliwości, zamawiający wzywa do ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub do udzielania wyjaśnień w terminie 3 dni.

|  |
| --- |
| 1. **WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE  Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAPYTANIA OFERTOWEGO.** |

**9.1** Cena oferty zostanie podana przez Wykonawcę w **PLN**.

**9.2** W przypadku udzielenia zamówienia, rozliczenia Zamawiającego z Wykonawcą będą realizowane w walucie polskiej – PLN. Zamawiający nie dopuszcza możliwości rozliczenia w walucie obcej.

|  |
| --- |
| 1. **OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY.** |

* 1. Ofertę należy napisać pismem czytelnym w języku polskim.

W przypadku składania dokumentów w językach obcych wymagane jest ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie powinno zostać podpisane przez osobę dokonującą tłumaczenia. Zamawiający nie wymaga dokonywania tłumaczeń przysięgłych.

* 1. Ofertę należy sporządzić zgodnie z wymaganiami umieszczonymi   
     w zapytaniu oraz dołączyć wszystkie wymagane dokumenty i oświadczenia.
  2. **Każdy wykonawca może złożyć w niniejszym postępowaniu tylko jedną ofertę**.
  3. **Oferta musi być sporządzona z zachowaniem formy pisemnej.**

Ofertę należy wypełnić w sposób czytelny na komputerze lub pismem maszynowym.

Być opatrzona pieczątką firmową,

Posiadać datę sporządzenia,

Zawierać adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, numer NIP, numer REGON,

Być podpisana czytelnie przez Wykonawcę.

**9.5** Wykonawca określi cenę brutto, która stanowić będzie wynagrodzenie za realizację całego przedmiotu zamówienia, podając ją w zapisie liczbowym i słownie z dokładnością do grosza (do dwóch miejsc po przecinku). Cena oferty jest ceną ostateczną obejmującą wszystkie koszty i składniki związane z realizacją zamówienia zgodnie z przedmiotem zamówienia.

* 1. Ofertę należy złożyć w trwale zamkniętej kopercie. Koperta powinna być zaadresowana następująco:

|  |
| --- |
| ***Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie,***  ***ul. Szpitalna 12,***  ***16-300 Augustów***  OFERTA NA:  **Wykonanie usługi organizacji i przeprowadzenia warsztatów dla**  **podmiotów ochrony zdrowia w obszarze transgranicznym oraz komunikacji interpersonalnej dla pracowników systemu opieki zdrowotnej** |

**Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.**

* 1. Konsekwencje nieprawidłowego zaadresowania oferty będą obciążały Wykonawcę (w tym konsekwencje zapoznania się z treścią oferty przed upływem terminu składania ofert w sytuacji, gdy na skutek braku oznaczenia koperty zostanie ona rozpieczętowana i pracownicy zamawiającego zapoznają się z jej treścią nie wiedząc o tym, że jest to ofert złożona w postępowaniu).
  2. Przed upływem terminu składania ofert, Wykonawca może wprowadzić zmiany do złożonej oferty lub wycofać ofertę. Oświadczenia o wprowadzonych zmianach lub wycofaniu oferty powinny być doręczone Zamawiającemu na piśmie pod rygorem nieważności przed upływem terminu składania ofert. Oświadczenia powinny być opakowane tak, jak oferta, a opakowanie powinno zawierać odpowiednio dodatkowe oznaczenie wyrazem: „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.

10. Osobą upoważnioną do kontaktów z Wykonawcami w sprawach zapytania oraz udzielania wszelkich wyjaśnień jest Pan Adam Bartnicki lub Joanna Walulik tel. 87 644 42 59, email: [zp@spzoz.augustow.pl](mailto:zp@spzoz.augustow.pl), kz@spzoz.augustow.pl

11 Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia zapytania na każdym etapie jego trwania, do nie wybrania żadnej z ofert złożonych w wyniku niniejszego zapytania lub do modyfikacji zapytania ofertowego.

12 O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający poinformuje oferentów drogą mailową oraz za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem: www.spzoz.augustow.pl

12. Zamawiający może w toku badania i oceny ofert żądać od Wykonawców wyjaśnień oraz dokumentów dotyczących treści złożonych ofert.

|  |
| --- |
| 1. **MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT.** |

* 1. Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego tj.:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie

**ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów, pokój sekretariatu.**

W postępowaniu wezmą udział tylko te oferty, które wpłyną do dnia **16.10.2020 r. do godz. 12.00** na adres wskazany w pkt 11.1. Uwaga! Decydujące znaczenie dla oceny zachowania powyższego terminu ma data i godzina wpływu oferty na adres wskazany w pkt 11.1, a nie data jej wysłania przesyłką pocztową czy kurierską.

* 1. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie

**ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów, Sala szkoleniowa**

**16.10.2020 r. o godz. 12:10.**

|  |
| --- |
| 1. **OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY.** |

* 1. Na druku oferty Załącznik Nr 1 do Zapytania Ofertowego należy podać całkowitą cenę ofertową (brutto) obejmującą realizację całego zamówienia w złotych polskich (PLN), cenę netto wykonania usługi.
  2. Wykonawca obliczy cenę ofertową w oparciu o informacje zawarte   
     w niniejszym Zapytaniu Ofertowym. Cena oferty musi uwzględniać wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania zamówienia.
  3. Wszelkie obliczenia należy dokonać z dokładnością do pełnych groszy   
     (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, zarówno przy kwotach netto, VAT i brutto), przy czym końcówki poniżej 0,5 grosza pomija się, a końcówki 0,5 grosza i wyższe zaokrągla się do 1 grosza.
  4. Jeżeli cena podana w formularzu oferty liczbą nie będzie odpowiadać cenie podanej słownie, Zamawiający przyjmie za prawidłową cenę podaną słownie przyjmując za cenę wyjściową – cenę netto podaną słownie.
  5. Zamawiający nie dopuszcza podawania cen ofertowych w walutach obcych.
  6. **Sposób obliczania ceny**: Wg informacji zawartych w formularzu ofertowym.

|  |
| --- |
| 1. **KRYTERIA OCENY OFERT** |

* 1. **.** Zamawiający dokona oceny ofert i wyboru najkorzystniejszej oferty jedynie spośród ofert uznanych za ważne, spełniające wymogi formalne na podstawie poniższego kryterium:

Rozpatrywane będą wyłącznie oferty od Oferentów spełniających wymogi udziału w postępowaniu

**12.2** Wybór najkorzystniejszej oferty nastąpi w oparciu o kryteria:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium** | **Znaczenie procentowe kryterium** | **Maksymalna liczba punktów, jakie może otrzymać oferta za dane kryterium** |
| 1 | Oferowana cena | 100% | 100 pkt |

**13.3** Zasady oceny kryterium **"Oferowana cena" (PC)** **– 100%**.

W powyższym kryterium oceniana będzie cena brutto oferty. Maksymalną ilość punktów otrzyma oferta Wykonawcy, który zaproponuje najniższą cenę, pozostali Wykonawcy będą oceniani według następującego wzoru:

**Najniższa cena z ofert niepodlegających odrzuceniu**

**PC= ----------------------------------------------------------------------- x 100**

**Cena badanej oferty**

gdzie: PC -ilość punktów, jaką dana oferta otrzyma za cenę oferty brutto.

* 1. Zamawiający wybierze ofertę, która uzyska największą liczbę punktów.
  2. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający poinformuje oferentów drogą mailową oraz za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem: www.spzoz.augustow.pl

Zamawiający może w toku badania i oceny ofert żądać od Wykonawców wyjaśnień oraz dokumentów dotyczących treści złożonych ofert.

|  |
| --- |
| 1. **Termin płatności** |

Zamawiający zastrzega sobie termin płatności 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

1. **Umowa i zmiany umowy**

**14.1** Po zakończeniu postępowania ofertowego, Zamawiający zawrze z wyłonionym Oferentem umowę.

* 1. Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość zmiany zakresu umowy zawartej z podmiotem wybranym w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z następujących powodów:

1. uzasadnionych zmian w zakresie sposobu wykonania przedmiotu zamówienia;

2. obiektywnych przyczyn niezależnych do Zamawiającego lub Oferenta;

3. okoliczności siły wyższej,

4. zmian regulacji prawnych obowiązujących w dniu podpisania umowy;

|  |
| --- |
| 1. **KLAUZULA INFORMACYJNA RODO** |

1. Klauzula informacyjna – Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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), dalej RODO, Zamawiający informuje, że:
2. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów, tel. 87 644 42 84; Reprezentowany przez Dyrektora SP ZOZ w Augustowie.
3. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych - Inspektorem ochrony danych osobowych w Szpitalujest Pan Adam Bartnicki zp@spzoz.augustow.pl tel. 87 644 42 59;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
5. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do zakończenia okresu trwałości projektu, nie krócej niż do upływu okresu wynikającego z przepisów prawa dot. archiwizacji.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy oraz jest Pani/Pan zobowiązany do ich podania.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia.

|  |
| --- |
| 1. **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW.** |

Załącznikami do niniejszego Zapytania Ofertowego są następujące wzory:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oznaczenie Załącznika** | **Nazwa Załącznika** |
| 1 | Załącznik nr 1 | Wzór Formularza Oferty |
| 3 | Załącznik nr 2 | Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym |
| 4 | Załącznik nr 3 | Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia |
| 5 | Załącznik nr 4 | Projekt umowy |
| 6 | Załącznik nr 5 | Oświadczenie o osobach skierowanych do realizacji zamówienia |