

Projekt pn. „Aktywna integracja w powiecie rybnickim” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

PCPR /ON.252.2.000003.18

Rybnik, dnia 23 lutego 2018r.

**Zaproszenie do składania ofert
[oferta cenowa]**

Powiat Rybnicki – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku zaprasza do złożenia oferty cenowej na pełnienie funkcji **rehabilitanta** w projekcie „**Aktywna integracja w powiecie rybnickim**” realizowanego w ramach Osi Priorytetowej IX *Włączenie społeczne*, Działania 9.1 *Aktywna integracja*, Poddziałania 9.1.6 *Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020* współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wymagane wykształcenie i doświadczenie zawodowe : wykształcenie wyższe z zakresu fizjoterapii, oferent powinien posiadać niezbędną wiedzę oraz potencjał techniczny do realizacji zamówienia. Zamówienie będzie realizowane w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 9-14 w siedzibie Warsztatów w Suminie przy ulicy Dworcowej (budynek byłego dworca PKP)

Zakres obowiązków :

1. Ustalenie rodzaju zabiegów (ćwiczeń) dla poszczególnych uczestników projektu po konsultacji zleceńbiorky z uczestnikami, po dostarczeniu posiadanej dokumentacji medycznej.
2. Zapewnienie rehabilitacji dla uczestników projektu (osób niepełnosprawnych) w wymiarze 30 godzin zegarowych miesięcznie.
3. Opracowywanie we współpracy z instruktorem terapii zajęciowej, logopedą oraz doradcą zawodowym indywidualnych ścieżek rehabilitacji i terapii uczestników.
4. Udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
5. Motywowanie uczestników projektu do udziału w rehabilitacji.
6. Ocenianie sytuacji zdrowotnej uczestnika projektu.
7. Prowadzenie dokumentacji, tj. rejestru osób, które skorzystały z rehabilitacji, zawierającego: imię, nazwisko uczestnika, datę rehabilitacji, rodzaj zabiegu, podpis uczestnika, imię i nazwisko rehabilitanta prowadzącego zabiegi.
8. Sporządzanie miesięcznych sprawozdań z przeprowadzonej rehabilitacji.
9. Bieżące informowanie na piśmie Zleceniodawcy o nieobecności uczestników lub też rezygnacji uczestnictwa w zajęciach.

Wymiar czasu pracy : 1 kwietnia 2018 r. do 31 grudnia 2020 r. (umowa zlecenie lub faktura za wykonane usługi). Do przepracowania 990 godzin zegarowych w całym okresie obowiązywania umowy.

Zamawiający informuje jednocześnie, że zamówienie zostanie udzielone wykonawcy, który zaoferuje najniższą cenę. Wykonawca może zaproponować tylko jedną cenę i nie może jej zmienić po złożeniu oferty. Negocjacje ceny nie będą prowadzone. Podana cena obejmować powinna wszystkie podatki oraz obowiązkowe składki ZUS (podatek VAT w przypadku faktury oraz podatek dochodowy od osób fizycznych oraz składki ZUS pracownika i pracodawcy w przypadku umowy zlecenia) Skutki finansowe błędnego obliczenia ceny oferty wynikające z nie uwzględnienia wszystkich okoliczności mogących mieć wpływ na cenę obciążają oferenta.

Wynagrodzenie będzie płatne w okresach miesięcznym na podstawie wystawionej faktury lub rachunku.

Informujemy, że łączne zaangażowanie zawodowe wykonawcy w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów, nie może przekroczyć 276 godzin miesięcznie.

Wykonawca oświadcza, iż nie podlega przepisom ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 847), ze względu na fakt, iż jest osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą zarejestrowaną w Rzeczypospolitej Polskiej zatrudniająca pracowników /zawierającą umowy ze zleceniobiorcami.

Wykonawca zobowiązany będzie do prowadzenia kart pracy oraz ewidencji czasu pracy wg wzoru przedstawionego przez zamawiającego stanowiącego załączniki do niniejszego zapytania ofertowego. Wykonawca- osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą oświadczy, iż nie podlega przepisom ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, ze względu na fakt, iż jest osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą zarejestrowaną w Rzeczypospolitej Polskiej zatrudniająca pracowników lub zawierającą umowy ze zleceniobiorcami.

Oferta winna być złożona do dnia 5 marca 2018 r. w siedzibie Zamawiającego: Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku ul. 3 Maja 31, 44-200 Rybnik lub emailem na adres: pcpr@powiatrybnicki.pl

Oferta powinna być opatrzona klauzulą:

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922)”

Zamawiający może niezwłocznie odstąpić od umowy jeżeli jej wykonanie nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

W powyższym przypadku Wykonawca usługi może żądać jedynie wynagrodzenia za część umowy wykonaną do daty odstąpienia od umowy przez Zamawiającego, którego wartość została ustalona przez obie strony.



Rehabilitant ściśle współpracuje z Kierownikiem PCPR w Rybniku, koordynatorem projektu, trenerem WAI .

Załączniki:

Miesięczna karta pracy (zał 1)

Ewidencja czasu pracy (zał 2)

Formularz oferty (zał 3)

Oświadczenie o spełnianiu wymogów formalnych określonych w zaproszeniu (zał 4)

Oświadczenie oferenta o braku wykluczenia (zał 5)

Oświadczenie (zał 6)

Przed podpisaniem umowy wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje .

KIEROWNIK
POWIATOWEGO CENTRUM
POMOCE RODZINIE
W RYBNIKU

mgr Ewa Kriba

Załącznik nr 1

Projekt pn. „Aktywna integracja w powiecie rybnickim” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.
MIESIĘCZNA KARTA PRACY

Nazwa Beneficjenta/Partnera: **POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W RYBNIKU**
Imię i Nazwisko osoby wypełniającej kartę:
Stanowisko:

Dzień	Ilość godzin/ czas przeprowadzonych prac	Miejsce pracy	Opis czynności
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

.....
Data, podpis osoby wypełniającej kartę

.....
Podpis Koordynatora projektu

.....
Podpis Kierownika PCPR

Ewidencja czasu pracy

Załącznik nr 2

Miesiąc i rok			
Imię i nazwisko pracownika			
Akronim i tytuł projektu	Numer umowy	Stanowisko w projekcie	Forma zatrudnienia/wymiar czasu pracy
1.	-		Kierownik projektu

Nazwa /numer zadania	Liczba godzin w miesiącu																															Razem				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
Ad.1																																			-	
Ad.2																																				
Całkowita liczba godz.																																				

Data: Podpis Pracownika:

Legenda:

OP – opieka nad zdrowym dzieckiem

C – chorobowe, opieka nad chorym dzieckiem

UBK – urlop bezplany

Urlop wypoczynkowy wliczany do limitu godzin w ewidencji.

Załącznik nr 3

.....
(imię i nazwisko, kontakt)

.....
(miejscowość, data)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku
ul. 3 Maja 31
44-200 Rybnik

W odpowiedzi na ogłoszenie naboru na stanowisko rehabilitanta w ramach projektu „Aktywna integracja w powiecie rybnickim” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego składam/my niniejszą ofertę:

Wartość brutto (za 1 godzinę pracy),

Słownie:.....

w tym stawka podatku VAT, % (jeżeli wykonawca jest płatnikiem podatku VAT)

1. Oświadczam, że przy określaniu kosztów wykonania przedmiotu umowy uwzględniłem(am) wszelkie koszty niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia.
2. Cena oferowanego przedmiotu zamówienia obejmuje cały zakres przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią zapytania ofertowego, przyjmuję warunki w nim zawarte i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

.....
(czytelny podpis oferenta oraz data)

Załącznik nr 4

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE

Oferent oświadcza, że spełnia wymogi formalne postawione w zapytaniu ofertowym przed osobą, która może wykonywać obowiązki rehabilitanta.

.....
(czytelny podpis oferenta oraz data)



Załącznik nr 5

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE OFERENTA O BRAKU WYKLUCZENIA

Oświadczam, iż nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo, w tym nie jestem:

- uczestnikiem w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- nie posiadam, co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- nie pełnię funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
(podpis oferenta oraz data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że :

1- nie jestem zatrudniony/a w instytucji uczestniczącej w realizacji RPO WSL 2014-2020 na podstawie stosunku pracy,

lub

2- jestem zatrudniony/a w instytucji uczestniczącej w realizacji RPO WSL 2014-2020 na podstawie stosunku pracy, lecz w przypadku zatrudnienia w projekcie „Aktywna integracja w powiecie rybnickim”, którego Beneficjentem jest Powiat Rybnicki nie zachodzi konflikt interesów lub podwójne finansowanie oraz całkowity czas pracy nie przekracza miesięcznie 276 godzin, jeśli nastąpi przekroczenie tego limitu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Zleceniodawcę,

lub

3- jestem zatrudniony/a w instytucji uczestniczącej w realizacji RPO WSL 2014-2020 na podstawie stosunku pracy i w przypadku zatrudnienia w projekcie „Aktywna integracja w powiecie rybnickim”, którego Beneficjentem jest Powiat Rybnicki zachodzi konflikt interesów lub podwójne finansowanie .

oraz

4 - nie jestem zatrudniony/a i nie wykonuję pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej w Projektach finansowanych w ramach RPO WSL 2014-2020 jak również w ramach innych programów NSRO,

lub

5 - jestem zatrudniony/a/wykonuję pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej na stanowisku

..... w Projekcie pod nazwą
..... finansowanym w ramach(np.
RPO WSL 2014-2020 lub innych programów NSRO). Całkowity czas pracy nie przekracza miesięcznie 276 godzin.

.....
(data, miejscowość)

.....
(czytelny podpis)

Uwaga:

1. Właściwe zakreślić kółkiem.
2. W przypadku wybrania pozycji 3 oświadczenia umowa nie może być zawarta.