**Konin, dn. 10.01.2020 r.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE nr 2/2020**

**Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Koninie** ul. Noskowskiego 1a,   
62-510 Konin NIP 665-26-75-939, tel./fax 63 242 34 71 realizuje projekt   
„**Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji**”, który jest współfinansowany   
przez Unię Europejską.

Realizacja projektu poszerza ofertę niepublicznego ośrodka adopcyjnego prowadzonego przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci, pozwala na podwyższenie efektywności adopcji   
w Wielkopolsce w latach 2019-2022, przez wprowadzenie usług preadopcyjnych na rzecz dziecka będącego w pieczy zastępczej.

W ramach projektu wsparciem zostaną objęte dzieci kwalifikowane do przysposobienia krajowego.

**1.Nazwa i adres zamawiającego:**

Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Koninie ul. Noskowskiego 1a,   
62-510 Konin, Tel. 63 242 34 71, e- mail [tpdkonin@op.pl](mailto:tpdkonin@op.pl)

**2. Przedmiot zamówienia**

Przygotowanie pogłębionych diagnoz zdrowia i indywidualnych potrzeb terapeutycznych i rehabilitacyjnych dzieci – **diagnoza neurologiczna.**

**3. Termin i forma realizacji zatrudnienia:**

Przygotowanie diagnozy neurologicznej ma być zrealizowana w terminie od 27.01.2020r. do 31.08.2022r. – dla co najmniej 6 dzieci.

**4. Opis przedmiotu zamówienia**

a)Przedmiotem zamówienia jest przygotowaniepogłębionych diagnoz zdrowia  
 i indywidualnych potrzeb terapeutycznych i rehabilitacyjnych dzieci – **diagnozy neurologicznej**

b)      rzetelne i terminowe wykonywanie usługi,

c)   zachowania pełnej tajemnicy zawodowej w zakresie wszystkich informacji, jakie uzyska  
 w trakcie wykonywania usług, a w szczególności: nie ujawnia osobom trzecim danych, personalnych osób, dla których świadczona będzie usługa, ich sytuacji rodzinnej, materialnej i zdrowotnej, również po zakończeniu świadczenia usługi,

d)   nie przyjmowania od osób objętych pomocą żadnych korzyści majątkowych lub osobistych a w szczególności środków pieniężnych, cennych przedmiotów,

e)    zachowania profesjonalnego dystansu w relacjach z klientami,

f)   przestrzegania w ramach umowy przepisów RODO

g)  zamawiający żąda udzielenia wszelkich niezbędnych wyjaśnień dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia,

h)     współpracy z innymi osobami biorącymi udział przy realizacji projektu,

i)     oznaczania wszystkich dokumentów wytworzonych przez siebie w związku z realizacją umowy, zgodnie z wzorem przekazanym przez Zamawiającego.

**5. Warunki płatności**

Za świadczoną usługę, zgodnie z harmonogramem realizacji, Zamawiający będzie dokonywał płatności w ciągu 14 dni przelewem na rachunek Wykonawcy.

**6.       Sposób przygotowania oferty**

1)   Oferta powinna być sporządzona w formie pisemnej, w języku polskim wg wzoru formularz oferty ( Załącznik nr 1)

2)      Oferta powinna być:

a) Opatrzona pieczątką firmową,

b) Posiadać datę sporządzenia

c) Zawierać adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, i w zależności od oferenta numer PESEL, NIP, REGON

d) Podpisana czytelnie przez wykonawcę lub osobę upoważnioną do jego reprezentowania.

3)      Wykonawca wraz z ofertą przedkłada Zamawiającemu :

a)    Dokumenty poświadczające prowadzaną działalność - CEDIG

b)    Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych   
(załącznik nr 2)

c)       Oświadczenie, iż posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych. (Załącznik nr 3)

d)      Oświadczenie, że nie był skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyśle przestępstwo skarbowe. (załącznik nr 4)

e) Oświadczenie o stanie zdrowia, pozwalające na przeprowadzenie diagnozy

**7.       Miejsce oraz termin składania oferty:**

1)    Wypełnioną ofertę wraz z wypełnionymi dokumentami należy składać do dnia **23.01.2020** r. do godz. 15:00 pod adresem: Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Koninie, ul. Noskowskiego 1a, 62-510 Konin w zamkniętej kopercie. Oferty złożone po w terminie nie będą rozpatrywane.

2)      Nie dopuszcza się składania ofert w formie elektronicznej i faksem.

3)      Każdy wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.

**8.       Inne postanowienia**

1)      Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu

2)      Wykonawca może wycofać złożoną przez siebie ofertę, pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wycofaniu przed terminem składania ofert.

3)      Zamawiający może zwrócić się do Wykonawcy o wyjaśnienie treści oferty lub dokumentów wymaganych od Wykonawcy.

4)      Zamawiający zastrzega sobie możliwość prowadzenia dalszych negocjacji z wybranymi oferentami, także cenowych w przypadku złożenia oferty na cenę wyższą niż przewidziana w budżecie.

5)      Zamawiający odrzuci ofertę niezgodną z przepisami prawa.

6)      Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

7)      Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.

8)      Zapytanie ofertowe zamieszczone na stronie: www.tpdkonin.pl

9)   Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia procedury wyboru Wykonawcy bez podania przyczyny na każdym etapie jej realizacji.

10)   W przypadku, gdy Zamawiający uzna, iż wycena oferty zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia, Zamawiający zwróci się do Wykonawcy z wnioskiem o wyjaśnienie w wyznaczonym terminie. Cenę uznaję się za rażąco niską, jeżeli jest niska o co najmniej 30% od szacowanej wartości zamówienia lub średniej arytmetycznej cen wszystkich złożonych ofert. Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy, który nie złożył wyjaśnień wraz z dostarczonymi dowodami potwierdza, że oferta zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia.

**9.       Kryteria oceny oferty, tryb oceny, sposób obliczania ceny oferty:**

1)      Zamawiający wybierze najkorzystniejszą ofertę spełniającą warunki określone   
w zapytaniu ofertowym.

2)      Wybrany wykonawca zostanie o wyborze powiadomiony w dniu 24.01.2020r.

**10.   Uwagi końcowe**

1)      Z możliwości realizacji zamówienia będą wyłączone podmioty, które powiązane będą z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonywującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy osobowo lub kapitałowo.

2)      Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych, a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania do zawarcia umowy. Zamawiający może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

**12.   Załączniki:**

1)      Załącznik nr 1- Formularz ofertowy

2)      Załącznik nr 2- Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

3)      Załącznik nr 3 - Oświadczenie o zdolności do czynności prawnych

4)      Załącznik nr 4- Oświadczenie o niekaralności

5) Załącznik nr 5- Oświadczenie o stanie zdrowia

*Prezes  
 Krystyna Chowańska*

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

naprzygotowaniepogłębionych diagnoz zdrowia i indywidualnych potrzeb terapeutycznych  
 i rehabilitacyjnych dzieci – **diagnozy neurologiczna** w ramach: **Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Nazwa wykonawcy:**

**Adres wykonawcy:**

**NIP**:

**tel./fax:**

**e-mail:**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia tj. usługi z zakresu diagnozy neurologicznej (brutto):

**Cena za 1 h usługi**

**Oświadczam, że:**

1. Cena brutto zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Uzyskałam / łem od Zamawiającego wszelkie informacje niezbędne do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty zgodnie z wymogami określonymi w zapytaniu ofertowym.
3. Zapoznałam / łem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.
4. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy   
   na warunkach, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Posiadam uprawnienia do wykonania działalności z zakresu przedmiotu zamówienia.

(miejsce, data złożenia) (podpis oferenta)

**Załącznik nr 2**

do **Zapytania ofertowego**

naprzygotowaniepogłębionych diagnoz zdrowia i indywidualnych potrzeb terapeutycznych  
 i rehabilitacyjnych dzieci – **diagnozy neurologiczna** w ramach: **Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisany(a)

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

oświadczam, że Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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 co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

e) pozostawaniu z Wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności.

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

*Miejscowość, data pieczęć i podpis Wykonawcy*

\* Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 3**

do **Zapytania ofertowego**

naprzygotowaniepogłębionych diagnoz zdrowia i indywidualnych potrzeb terapeutycznych  
 i rehabilitacyjnych dzieci – **diagnozy neurologiczna** w ramach:   
**Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

……………………………………………..

Miejscowość, data

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

Nazwa i adres wykonawcy

PESEL, NIP, REGON

…………………………………………….

Telefon kontaktowy i adres e-mail

**Towarzystwo Przyjaciół Dzieci   
 Oddział Powiatowy   
 Ul. Noskowskiego 1a**

**62-510 Konin**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania   
z pełni praw publicznych. Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: “Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

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

/ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie /

**Załącznik nr 4**

do **Zapytania ofertowego**

naprzygotowaniepogłębionych diagnoz zdrowia i indywidualnych potrzeb terapeutycznych  
 i rehabilitacyjnych dzieci – **diagnozy neurologiczna** w ramach:   
**Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Miejscowość, data……………………………………………..

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

Nazwa i adres wykonawcy

PESEL, NIP, REGON

…………………………………………….

Telefon kontaktowy i adres e-mail

**Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział   
 Powiatowy w Koninie   
 Ul. Noskowskiego 1a**

**62-510 Konin**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że nie byłam(em) skazana(ny) prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.  
Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:  
“Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności.

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

/ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie /

**Załącznik nr 5**

do **Zapytania ofertowego**

naprzygotowaniepogłębionych diagnoz zdrowia i indywidualnych potrzeb terapeutycznych  
 i rehabilitacyjnych dzieci – **diagnozy neurologiczna** w ramach: **Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Miejscowość, data……………………………………………..

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

Nazwa i adres wykonawcy

PESEL, NIP, REGON

…………………………………………….

Telefon kontaktowy i adres e-mail

**Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Koninie   
 Ul. Noskowskiego 1a**

**62-510 Konin**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na **wykonywanie** specjalistycznej **usługi   
z zakresu diagnozy neurologicznej** w ramach: **Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:  
“Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

............................................................................ /czytelny podpis osoby składającej oświadczenie /