

Kościerzyna, 28.05.2020 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE nr 8/CIS/05/2020

dotyczące świadczenia usług terapeuty uzależnień w ramach projektu pn. „Poprawa dostępu do usług reintegracji zawodowej i społecznej poprzez powołanie Kościerskiego Centrum Integracji Społecznej oraz wykorzystanie środowiskowych form aktywizacji społecznej w profilaktyce wykluczenia dzieci i młodzieży” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.

I. ZAMAWIAJĄCY

Centrum Integracji Społecznej w Kościerzynie, ul. Osiedle Tysiąclecia 1, 83-400 Kościerzyna,
tel. 58 680 08 10, e-mail: cis@koscierzyna.gda.pl

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług terapeuty uzależnień w ramach projektu pn. „Poprawa dostępu do usług reintegracji zawodowej i społecznej poprzez powołanie Kościerskiego Centrum Integracji Społecznej oraz wykorzystanie środowiskowych form aktywizacji społecznej w profilaktyce wykluczenia dzieci i młodzieży” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.

Wspólny Słownik Zamówień Kod CPV: 80000000-4 – Usługi edukacyjne i szkoleniowe, 85121270-6 - usługi psychiatryczne i psychologiczne.

Podstawa prawna: zamówienie o wartości od 20 000,00 zł netto do 50 000,00 zł netto, nie podlega przepisom ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

2. Zakres usługi:

Zamówienie obejmuje:

- przeprowadzenie indywidualnych porad (ok.55 godz.);
- przeprowadzenie grupowych warsztatów (ok. 175 godz.);

dla uczestników Centrum Integracji Społecznej w Kościerzynie (dalej: Centrum). RAZEM ok. 230 godz.

Szczegóły zamówienia:

- wsparcie innych pracowników merytorycznych w procesie rekrutacji uczestników zajęć w Centrum oraz opracowywaniu programu reintegracji zawodowej i społecznej dla uczestników Centrum;
- prowadzenie zajęć z zakresu reintegracji społecznej, w tym grupy wsparcia z elementami terapii uzależnień oraz udzielanie uczestnikom Centrum porad indywidualnych;
- ocenianie umiejętności zdobytych przez uczestników w czasie zajęć reintegracji społecznej;
- stała współpraca z innymi pracownikami merytorycznymi Centrum, w szczególności współpraca z pracownikiem socjalnym i psychologiem w zakresie prowadzonej grupy wsparcia z elementami terapii uzależnień.

3. Termin i miejsce realizacji zamówienia:

Planowany termin: od ok. 06.2020 r. do ok. 12.2021 r.

UWAGA: W związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491 z późn. zm.) zastrzega się możliwość zmiany terminu zamówienia.

Usługa będzie realizowana w siedzibie zamawiającego tj. Centrum Integracji Społecznej, ul. Osiedle tysiąclecia 1, 83-400 Kościerzyna lub ul. Kartuska 14 b, 83-400 Kościerzyna.

III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Oferenci, którzy spełniają poniższe warunki:

1. Akceptują warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi co do zakresu usług określone w niniejszym zapytaniu bez zastrzeżeń - złożenie oferty jest uważane za ich bezwarunkową akceptację.
2. Posiadanie wykształcenia wyższego, wymagany certyfikat psychoterapeuty uzależnień lub zaświadczenie potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień; wiedza z zakresu psychologii, socjologii i pedagogiki, albo dysponowanie taką osobą, która będzie bezpośrednio świadczyła usługę.
3. W przypadku wykonawców, którzy wykażą się dysponowaniem osobą posiadającą kwalifikacje i doświadczenie określone w pkt 2, mają obowiązek wskazać tę osobę imiennie w ofercie i wykazać, że spełnia te warunki.
4. W przypadku wykonawców wskazujących, że dysponują osobą spełniającą wymagania, która zrealizuje usługę, konieczne jest wypełnienie obowiązku informacyjnego przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane.
5. Znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
6. Nie są powiązani 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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ w wytycznych programowych,
 - c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta/pełnomocnika, 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. W sytuacji wystąpienia powiązania Wykonawca będzie podlegał odrzuceniu z postępowania. Ocena spełniania przedstawionych powyżej warunków zostanie dokonana wg formuły: „spełnia – nie spełnia”.

Wykonawca, który nie spełni któregokolwiek z warunków zostanie odrzucony w postępowaniu.

IV. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW

Zamawiający w celu potwierdzenia warunków określonych w punkcie III wymaga złożenia następujących dokumentów:

1. Kserokopii dokumentów poświadczających wykształcenie i doświadczenie terapeuty uzależnień (Wykonawcy) wyznaczonego do realizacji zamówienia.
2. Formularza Oferty stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego.
3. Oświadczenia o sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia zgodnie z zapisem w Formularzu Oferty, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Zapytania Ofertowego.
4. Oświadczenia o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym zgodnie z zapisem w Formularzu Oferty, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Zapytania Ofertowego.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji informacji zawartych w dokumentach oraz wezwania Oferenta do złożenia dodatkowych dokumentów i lub wyjaśnień. Zamawiający zastrzega też sobie prawo dokonywania w trakcie postępowania zmian warunków określonych w niniejszym zapytaniu, o czym będzie informował wykonawców.

V. KRYTERIA OCENY OFERT I ICH ZNACZENIE

1. Ocena ofert przebiegać będzie dwu etapowo.

Etap 1. Ocena formalna. Oferty niespełniające kryteriów formalnych zostaną odrzucone, pozostałe przejdą do etapu 2.

Etap 2. Ocena merytoryczna.

2. Kryteria oceny merytorycznej oferty i sposób przyznawania wag punktowych:

Kryterium 1 Cena - maksymalnie. 40 punktów

Łączna liczba punktów przyznana oferentowi w ramach kryterium ceny obliczana jest w następujący sposób:

$$\frac{\text{najniższa oferowana cena}}{\text{cena oferty badanej}} \times 40 \text{ pkt.}$$

Kryterium 2 Dostępność osoby, która przeprowadzi wsparcie z zakresu terapii uzależnień od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 14.00 - maksymalnie. 10 punktów.

Łączna liczba punktów przyznana oferentowi w kryterium:

Dostępność minimum 2 dni w tygodniu lub więcej – 5 pkt., dostępność minimum 3 dni w tygodniu – 10 pkt.

Kryterium 3 Doświadczenie osoby, która przeprowadzi wsparcie z zakresu terapii uzależnień, w prowadzeniu zajęć grupowych i/lub indywidualnych w obszarze wsparcia z zakresu terapii uzależnień **dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub ubóstwem** - maksymalnie. 15 punktów.

Łączna liczba punktów przyznana w kryterium:

Przeprowadzenie od 200 do 500 godz. - 5 pkt. Przeprowadzenie od 501 do 1000 godz. - 10 pkt.
Przeprowadzenie powyżej 1000 godz. - 15 pkt.

W/w. doświadczenie musi być poparte dokumentami potwierdzającymi doświadczenie Wykonawcy lub osoby, która będzie bezpośrednio wykonywała usługę (np.: świadectwo pracy, list polecający,

referencje, protokół potwierdzający należyte wykonanie umowy, itp.). Zamawiający nie będzie honorował dokumentów wystawionych przez Wykonawcę w stosunku do osoby, która będzie bezpośrednio wykonywała usługę.

Kryterium 4 Doświadczenie osoby, która przeprowadzi wsparcie z zakresu terapii uzależnień wprowadzeniu zajęć grupowych i / lub indywidualnych w obszarze wsparcia z zakresu terapii uzależnień w ramach projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego - maksymalnie. 15 punktów.

Łączna liczba punktów przyznana w kryterium:

Przeprowadzenie od 200 do 500 godz. - 5 pkt. Przeprowadzenie od 501 do 1000 godz. - 10 pkt.
Przeprowadzenie powyżej 1000 godz. - 15 pkt.

W/w. doświadczenie musi być poparte dokumentami potwierdzającymi doświadczenie Wykonawcy lub osoby, która będzie bezpośrednio wykonywała usługę (np.: świadectwo pracy, list polecający, referencje, protokół potwierdzający należyte wykonanie umowy, itp.). Zamawiający nie będzie honorował dokumentów wystawionych przez Wykonawcę w stosunku do osoby, która będzie bezpośrednio wykonywała usługę.

Kryterium 5 Rozmowa rekrutacyjna przeprowadzona w siedzibie Zamawiającego - maksymalnie 20 punktów.

Przeprowadzenie rozmowy rekrutacyjnej ma na celu zweryfikowanie m.in. umiejętności interpersonalnych oraz dyspozycyjności Wykonawców. W rozmowie weźmie udział jedynie osoba wskazana w Ofercie do bezpośredniego wykonania usługi. Termin rozmowy ustalony będzie wspólnie z Wykonawcą w nieprzekraczalnym terminie 5 dni roboczych wskazanych przez Zamawiającego. Nie stawienie się umówionej osoby w ustalonym terminie skutkować będzie nie przyznaniem punktów w tym kryterium.

3. Zamawiający za najkorzystniejszą uzna ofertę, która otrzyma największą liczbę punktów stanowiących sumę punktów uzyskanych w poszczególnych w/w kryteriach. Wszystkie obliczenia zostaną dokonane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

4. Zamawiający może przyznać wykonawcy maksymalnie 100 punktów.

5. Zamawiający zastrzega sobie prawo zakończenia postępowania bez dokonywania wyboru żadnej z ofert bez obowiązku podawania przyczyny.

VI. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI

Osobami uprawnionymi do porozumiewania się z wykonawcami są: Joanna Kreft, Lucyna Szuta.

Informacje w sprawie zamówienia udziela się w dni robocze w godzinach 8.00-14.00,

Tel. 58 680 08 10, e-mail: cis@koscierzyna.gda.pl.

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE OFERTY

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim pod rygorem nieważności w formie pisemnej, podpisaną przez Wykonawcę lub jego uprawnionego przedstawiciela (w takim wypadku Wykonawca ma obowiązek dołączyć do oferty własnoręcznie podpisane pełnomocnictwo).

2. Oferta oraz wszelkie załączniki powinny być podpisane czytelnym podpisem lub nieczytelnym podpisem wraz z pieczętą imienną, a także parafowane przez wykonawcę na każdej stronie.
3. Dokumenty składane w formie kopii muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
4. Składane dokumenty muszą być spięte (zszyte) i posiadać kolejno ponumerowane strony oferty.
5. Wykonawca może przed upływem terminu do składania ofert, zmienić lub wycofać ofertę.
6. Oferta złożona po terminie przewidzianym na składanie ofert nie zostanie rozpatrzona.
7. Ofertę należy umieścić w trwale zamkniętym opakowaniu (kopercie) z oznaczeniem: **Oferta dotycząca świadczenia usług terapeuty uzależnień w ramach projektu pn. „Poprawa dostępu do usług reintegracji zawodowej i społecznej”** i dostarczyć osobiście na adres Centrum Integracji Społecznej, ul. Osiedle Tysiąclecia 1, 83-400 Kościerzyna, w godz. 8:00-14:00 lub przesłać pocztą tradycyjną na podany wyżej adres, w nieprzekraczalnym terminie do dnia 03.06.2020 r. do godz. 14.00.
8. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie zamawiającego w dniu 04.06.2020 r.
9. Zamawiający zawiadomi oferentów o wyborze oferty telefonicznie lub mailowo.

VIII. WYKAZ WZORÓW ZAŁĄCZNIKÓW DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO.

Załącznik nr 1 Wzór formularza oferty

Załącznik nr 2 Wzór oświadczenia o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

Załącznik nr 3 Wzór oświadczenia o braku powiązań osobowych lub kapitałowych

Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego

Miejscowość, data.....

Imię i nazwisko / Nazwa Oferenta:

.....

Imię i nazwisko Wykonawcy:

Siedziba Oferenta:

Nr tel., fax

NIP.....REGON.....

Osoba uprawniona do kontaktów:

Nazwa i siedziba Zamawiającego:

Centrum Integracji Społecznej w Kościerzynie,
ul. Osiedle Tysiąclecia 1, 83-400 Kościerzyna

OFERTA

W nawiązaniu do Zapytania Ofertowego, dotyczącego **świadczenia usług terapeuty uzależnień** w ramach projektu pn. „Poprawa dostępu do usług reintegracji zawodowej i społecznej poprzez powołanie Kościerskiego Centrum Integracji Społecznej oraz wykorzystanie środowiskowych form aktywizacji społecznej w profilaktyce wykluczenia dzieci i młodzieży” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.

1. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się Zapytaniem Ofertowym i uznaję się za związaną/ym określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania oraz zapoznałam/m się z przedmiotem zamówienia.

3. Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję cenę :

Cena za 1 godzinę szkoleniową brutto: złotych (słownie złotych:

kwota łączna brutto: (230 godzin x cena za 1 godzinę szkolenia)zł (słownie złotych:

Cena ofertowa zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia naliczone zgodnie z obowiązującymi przepisami. Oferowana cena jest ceną stałą w całym okresie zamówienia.

4. Jestem dostępny dni w tygodniu od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 14.00.
5. Posiadam / nie posiadam* doświadczenie w prowadzeniu zajęć grupowych i / lub indywidualnych w obszarze wsparcia z zakresu terapii uzależnień dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub ubóstwem w ilości przeprowadzonych godzin.
6. Posiadam / nie posiadam* doświadczenie w prowadzeniu zajęć grupowych i / lub indywidualnych w obszarze wsparcia z zakresu terapii uzależnień w ramach projektów współfinansowanych

ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ilości
przeprowadzonych godzin.

7. Zapoznałem się Zapytaniem Ofertowym i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w niej zawarte.
8. Jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Oświadczam, że dokonałem wszelkich starań w celu uzyskania danych, jakie mogą być niezbędne do przygotowania prawidłowej oferty i podpisania umowy.

Opcjonalnie (w przypadku, jeśli usługę ma wykonywać inna osoba niż bezpośrednio Oferent):

10. Dysponuję / nie dysponuję* osobą, która będzie bezpośrednio wykonywała usługę na rzecz Zamawiającego. Wskazuję, że osobą, która będzie bezpośrednio wykonywała usługę na rzecz Zamawiającego jest p.
11. Oświadczam, że osoba wskazana w pkt 10 posiada / nie posiada* doświadczenie w prowadzeniu zajęć grupowych i / lub indywidualnych w obszarze wsparcia z zakresu terapii uzależnień dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub ubóstwem w ilości przeprowadzonych godzin.
12. Oświadczam, że osoba wskazana w pkt 10 posiada / nie posiada* doświadczenie w prowadzeniu zajęć grupowych i / lub indywidualnych w obszarze wsparcia z zakresu terapii uzależnień w ramach projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ilości przeprowadzonych godzin.
13. Oświadczam, że osoba wskazana w pkt 10 jest dostępna dni w tygodniu od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 14.00.

.....
(data i podpis)

Załącznik Nr 2 do Zapytania Ofertowego

.....
(pieczęć firmowa)

.....
(miejsowość / data)

OŚWIADCZENIE

o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia dotyczącego świadczenia usług terapeuty uzależnień w ramach projektu pn. „Poprawa dostępu do usług reintegracji zawodowej i społecznej poprzez powołanie Kościerskiego Centrum Integracji Społecznej oraz wykorzystanie środowiskowych form aktywizacji społecznej w profilaktyce wykluczenia dzieci i młodzieży” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia dotyczące:

- a) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- b) posiadania wiedzy i doświadczenia;
- c) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- d) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.....
(data i podpis)

Załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego

.....
(pieczęć firmowa)

.....
(miejsowość / data)

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia świadczenia usług terapeuty uzależnień w ramach projektu pn. „Poprawa dostępu do usług reintegracji zawodowej i społecznej poprzez powołanie Kościerskiego Centrum Integracji Społecznej oraz wykorzystanie środowiskowych form aktywizacji społecznej w profilaktyce wykluczenia dzieci i młodzieży” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

Oświadczam, że jestem/nie jestem* 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.

.....
(data i podpis)