



# Zapytanie ofertowe

## Tytuł zamówienia

Prowadzenie terapii rodzinnej lub indywidualnej dla uczestników projektu „Kurs na rodzinę” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej

## Termin składania ofert

04.10.2019 r.

## Miejsce i sposób składania ofert

Pocztą na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie, ul Sempołowskiej 2a, 76-100 Sławno lub na e-mail: k.staszewska@pcprslawno.pl

## Adres e-mail, na który należy wysłać oferty

k.staszewska@pcprslawno.pl

## Osoba do kontaktu w sprawie ogłoszenia

Katarzyna Staszewska

## Nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie ogłoszenia

059 810 64 15

## Skrócony opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie terapii rodzinnej lub indywidualnej dla uczestników projektu „Kurs na rodzinę” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w wymiarze przypadającym na 1 uczestnika min. 1 sesja (1-2h) max. 15 sesji z możliwością przedłużenia, z dojazdem do miejsca zamieszkania klienta.

## Miejsce realizacji zamówienia

Województwo- zachodniopomorskie

Powiat- sławieński

## Opis przedmiotu zamówienia

### Cel zamówienia

Realizacja projektu „Kurs na rodzinę” – zwiększenie dostępności usług społecznych

### Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie terapii rodzinnej lub indywidualnej dla uczestników projektu „Kurs na rodzinę” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w miejscu zamieszkania klienta (teren powiatu sławieńskiego). Forma terapii dla terapii rodzinnej- psychoterapia systemowa. Na jednego uczestnika przypada min. 1 sesja (1-2h) max. 15 sesji z możliwością przedłużenia. Dokładny harmonogram spotkań do ustalenia w uzgodnieniu z uczestnikami terapii.

### Kod CPV

85121270-6

### Nazwa kodu CPV

Usługi psychiatryczne lub psychologiczne

### Harmonogram realizacji zamówienia

październik 2019- listopad 2020

## Warunki udziału w postępowaniu

## **Uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności**

Osoby mające specjalistyczne przygotowanie do prowadzenia psychoterapii zdobyte w trakcie całościowego kursu psychoterapii najlepiej rekomendowanego przez znane i mające ugruntowaną pozycję stowarzyszenia zrzeszającego specjalistów w tym zakresie m.in. PTP, Europejskie Towarzystwo Psychoterapii.

### **Wiedza i doświadczenie**

Osoby z minimalnym doświadczeniem zawodowym nie krótszym niż 2 lata

### **Osoby zdolne do wykonania zamówienia**

Osoby mające specjalistyczne przygotowanie do prowadzenia psychoterapii zdobyte w trakcie całościowego kursu psychoterapii rekomendowanego przez znane i mające ugruntowaną pozycję stowarzyszenia zrzeszającego specjalistów w tym zakresie m.in. PTP, Europejskie Towarzystwo Psychoterapii.

### **Warunki zmiany umowy**

dopuszcza się zmianę umowy w przedmiocie terminu wykonania, ilości uczestników, miejsca wykonania, osób wykonujących zamówienie

### **Lista dokumentów/oświadczeń wymaganych od Wykonawcy**

kserokopia certyfikatów/zaświadczeń/ dyplomów potwierdzających prawo do prowadzenia psychoterapii

udokumentowanie doświadczenia zawodowego

formularz ofertowy

### **Zamówienia uzupełniające**

dopuszcza się możliwość przedłużenia terapii w zależności od posiadanych środków finansowych, jak również objęcie terapią innych uczestników projektu

### **Wykluczenia**

Przed nawiązaniem stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi Zleceniobiorca zostanie sprawdzony w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym- obecność w tym Rejestrze automatycznie wyklucza Zleceniobiorcę z postępowania.

Z udziału w postępowaniu wyłączone są osoby, które powiązane są 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 przygotowaniem i

- przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:
- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
  - posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
  - pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta lub pełnomocnika;
  - 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;

## **Ocena oferty**

### **Kryteria oceny i opis sposobu przyznawania punktacji**

Cena 100%

$C = \text{najniższa cena spośród cen wykonawców we wszystkich złożonych ofertach w danym postępowaniu} / \text{cena zaproponowana przez danego wykonawcę} * 100$

## **Zamawiający - Wnioskodawca**

### **Nazwa**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie

### **Ulica**

Sempolowskiej 2a

### **Kod pocztowy**

76-100



**Miejscowość**  
Sławno  
**Województwo**  
zachodniopomorskie  
**Powiat/Kraj**  
sławieński/Polska  
**Numer telefonu**  
0598106415  
**Fax**  
0598106401  
**NIP**  
499-025-54-50

**Klauzula informacyjna:** dane osobowe przetwarzane są zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych RODO (Dz.U. UE.L. z 2016 r., nr 119, str.1) w sposób i w zakresie opisanym szczegółowo na stronie BIP PCPR w Sławnie (<http://pcpr.slawno.ibip.pl>)

DYREKTOR  
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Sławnie  
  
mgr Małgorzata Maciuk-Redawiec

## FORMULARZ OFERTY

### w postępowaniu o wartości zamówienia

**nie przekraczającej równowartości kwoty wymienionej w art. 4 p. 8 ustawy Pzp na prowadzenie terapii rodzinnej lub indywidualnej dla uczestników projektu „Kurs na rodzinę” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej**

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

.....  
.....

NIP: .....

REGON: .....

Numer rachunku bankowego: .....

2. Kalkulacja cenowa Wykonawcy za realizację przedmiotu zamówienia:

Cena brutto za godzinę:

Podatek VAT %:

3. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....

4. Oświadczam, że nie jestem powiązany 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 przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą.

Miejscowość ....., dnia .....2019 roku.

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)



## UMOWA NR ..../2019

zawarta w dniu ..... 2019r. pomiędzy

**Powiatem Sławińskim, ul. Sempołowskiej 2a, 76-100 Sławno, NIP 499-05-02-368,  
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie, ul. Sempołowskiej 2a, 76-100 Sławno**

reprezentowanym przez **Panią Małgorzatę Maciuk-Radawiec Dyrektora Powiatowego  
Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie**

zwanym dalej w umowie „Zleceniodawcą”

a

.....  
reprezentowanym przez .....

zwanego dalej „Zleceniobiorcą”

o następującej treści:

### §1

1. Przedmiotem umowy jest prowadzenie terapii rodzinnej lub indywidualnej dla uczestników projektu „Kurs na rodzinę” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w miejscu zamieszkania uczestników projektu „Kurs na rodzinę” w wymiarze godzin min. 1 sesja (1-2h) max. 15 sesji przypadających na uczestnika projektu, z możliwością przedłużenia na wniosek uczestnika.

### §2

Koszt usługi ustalono na podstawie przedłożonej oferty Zleceniobiorcy.

### §3

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać określoną w § 1 umowy usługę w terminie:

.....

2. Miejsce wykonania zadania: miejsce zamieszkania uczestników projektu na terenie powiatu sławińskiego

3. Za czas wykonywania przedmiotu umowy strony zgodnie uznają jedynie czas faktycznie poświęcony na realizację usługi, o której mowa w §1 niniejszej umowy. Wszelkie przerwy w wykonywaniu tych czynności nie stanowią czasu realizacji przedmiotu umowy i nie przysługują za nie wynagrodzenie.

### §4

1. Zleceniodawca pokryje koszt usługi w wysokości:

koszt 1 godziny: .....



2. Strony oświadczają, że podana kwota stanowi całość przysługującego Zleceniobiorcy wynagrodzenia oraz obejmuje zwrot wszelkich kosztów poniesionych przez Zleceniobiorcę w celu wykonania zlecenia.

3. Należność będzie wypłacana w terminie 14 dni po przedłożeniu przez Zleceniobiorcę Faktury/rachunku za usługę wykonaną oraz potwierdzeniu przez Zleceniodawcę terminowego i prawidłowego wykonania zleconej usługi na podstawie listy obecności uczestników terapii, zestawienia godzin.

#### §5

Zleceniobiorca zobowiązuje się do :

1. Zorganizowania usługi zgodnie z przedłożoną ofertą w terminie określonym w §3 ust. 1 umowy.
2. Dołożenia należytej staranności nad prawidłową realizacją niniejszej umowy.
3. Wykonywania przedmiotu umowy z zachowaniem dbałości o dobre imię Zleceniodawcy oraz zgodnie z zasadami i procedurami stosowanymi przez Zleceniodawcę.

#### §6

Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do:

1. Kontroli należytego wykonania niniejszej umowy.
2. Natychmiastowego rozwiązania niniejszej umowy, w razie stwierdzenia nienależytego jej wykonania.

#### §7

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

#### §8

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### §9

Wszelkie spory, które mogą wyniknąć w trakcie realizacji niniejszej umowy rozstrzyga właściwy dla siedziby Zleceniodawcy sąd powszechny.

#### §10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....  
Zleceniobiorca

.....  
Zleceniodawca