

ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

……………………………………….. Łodygowice, 04.03.2024

(pieczęć Zamawiającego)

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Lekarz internista do przeprowadzenia badań Beneficjentów – 1 osoba umowa cywilnoprawna**

**W ramach projektu pt.: „Aktywna rehabilitacja sposobem na poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych”**

**Informacje ogólne.**

1. Realizatorem Projektu jest Stowarzyszenie Integracyjne Eurobeskidy z Łodygowic,
2. Projekt współfinansowany jest ze środków PFRON/ realizacja zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
3. Projekt jest realizowany w okresie od 01.04.2024 r. do 31.03.2027 r.
4. **Nazwa i adres Zamawiającego:**

Nazwa: Stowarzyszenie Integracyjne Eurobeskidy z Łodygowic, ul. Królowej Jadwigi 6, 34-325 Łodygowice

**Data ogłoszenia zapytania ofertowego: 4 marzec 2024 roku.**

1. **Data złożenia oferty:** do dnia 19 marca 2024 roku do godz. 15.00 (w przypadku ofert składanych drogą pocztową decyduje data stempla pocztowego).
2. **Opis przedmiotu zapytania ofertowego:**

**Zatrudnimy lekarza internista do przeprowadzenia badań Beneficjentów – zatrudnienie w oparciu o umowę cywilno- prawną**

* 1. Wymagania :
* Uprawnienie do wykonywania zawodu
* doświadczenie na podanym stanowisku min. 2 lata
* doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi
* zdolności organizacyjne i komunikacyjne
  1. Ilość godzin w projekcie : około 130 godzin w roku trwania projektu

1. **Termin realizacji przedmiotu zamówienia**: od 1 kwietnia 2024 roku do 31 marca 2027 roku.
2. **Warunki udziału w postępowaniu**: uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich stosowania; posiadanie wymaganych kwalifikacji.
3. Z udziału w postępowaniu wykluczone są osoby powiązane osobowo i kapitałowo z Zamawiającym. 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 przeprowadzaniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:
4. uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
5. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
6. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
7. 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.
8. **Sposób składania oferty:**

Ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym (Wzór formularza ofertowego stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego) bądź tożsamym wraz z oświadczeniem o braku powiązań (zgodnie z załącznikiem nr 2 do zapytania ofertowego) wraz z CV do dnia 19.03.2024 r. godz. 15.00 pocztą na adres siedziby Stowarzyszenia Integracyjnego Eurobeskidy 34-325 Łodygowice, ul. Królowej Jadwigi 6,

e-mail: zarzad@eurobeskidy.org.pl.

Bliższe informacje: tel. 33 8623 198

1. Oferta może być złożona:
2. w wersji papierowej do siedziby Zamawiającego
3. elektronicznie (zeskanowana wersja formy papierowej) na adres mailowy: [zarzad@eurobeskidy.org.pl](mailto:zarzad@eurobeskidy.org.pl)
4. Kryterium wyboru oferty :

Zgodnie z opisem w pkt. 3 oraz cena.

1. Postanowienia końcowe

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszego zapytania. Jeżeli zmiany będą mogły mieć wpływ na treść składanych w postępowaniu ofert Zamawiający przedłuży termin składania ofert.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania bez podania **uzasadnienia, a także do pozostawienia postępowania bez wyboru oferty.**

W imieniu Zamawiającego

………………………………………..

**Załączniki:**

**Załącznik nr 1 – Wzór formularza ofertowego**

**Załącznik nr 2 – Oświadczenia**

**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr z dnia 04.03.2024**

**Formularz ofertowy**

………………………………………………

miejscowość, data

**Formularz ofertowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRZEDMIOT**  **POSTĘPOWANIA** | **Lekarz internista do przeprowadzenia badań Beneficjentów**  **W ramach projektu pt.: „Aktywna rehabilitacja sposobem na poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych”** | | |
| **ZAMAWIAJĄCY** | Stowarzyszenie Integracyjne Eurobeskidy z Łodygowic,  ul. Królowej Jadwigi 6, 34-325 Łodygowice | | |
| **WYKONAWCA**  **(pełna nazwa, adres, NIP, REGON, telefon, faks, e-mail )** |  | | |
| **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ** | **30 dni**  bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem ostatecznego terminu składania oferty | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **Lekarz internista do przeprowadzenia badań Beneficjentów – umowa cywilno- prawna**  **Cena brutto za godzinę** | |  |  | |

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż dane zawarte w dołączonych załącznikach są zgodne z prawdą.

**……………………………… ..........................................................**

**( data ) ( pieczęć i podpis osoby upoważnionej)**

**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego z dnia 04.03.2024**

**Oświadczenie o braku powiązań**

Oświadczenie

Nazwa wykonawcy: …………………………………………………………………............................................................................

Adres: ……………………………………………………………………………… ………………………............................................................

Składając ofertę na **Lekarz internista do przeprowadzenia badań Beneficjentów** w ramach projektu pt.: „Aktywna rehabilitacja sposobem na poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych” współfinansowanym przez Państwowy Fundusz rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oświadczam, że:

* posiadam uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
* posiadam wiedzę i doświadczenie,
* dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
* znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
* nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Ponadto oświadczam, że **nie posiadam** powiązań osobowych oraz kapitałowych z zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegających w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. 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.

**………………………………**

**( data ) ( pieczęć i podpis osoby upoważnionej)**