**ZAPYTANIE OFERTOWE Nr 05/2021**

**NA REALIZACJĘ USŁUGI: PROWADZENIE TERAPII INDYWIDUALNEJ
I RODZINNEJ DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU „REGIONALNA AKADEMIA DZIECI I MŁODZIEŻY”**

 - zgodnie z procedurą ROZEZNANIE RYNKU

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Goleniowie zaprasza do składania ofert na usługę polegającą na prowadzeniu terapii indywidualnej i rodzinnej dla uczestników projektu „Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży” dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach działania Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych
w interesie ogólnym.

KOD CPV: 85312320-8

**I. Zamawiający**

Powiat Goleniowski – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie

ul. Pocztowa 43

72 – 100 Goleniów

tel. 91 418 38 60

**II. Nazwa zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest wybór osoby/podmiotu do realizacji usługi: prowadzenie terapii indywidualnej i rodzinnej dla uczestników projektu „Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży”.

**III. Procedura**

Na podstawie art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

**IV. Wstępny opis przedmiotu zamówienia:**

1. **Cel projektu:** zwiększenie dostępności usług społecznych, w szczególności środowiskowych i opiekuńczych przez wspieranie rodziny i pieczy zastępczej w pełnieniu ról opiekuńczo – wychowawczych, podniesienie kompetencji rodzicielskich oraz społecznych dzieci i młodzieży (z uwzględnieniem wychowanków pieczy i usamodzielnianych) zmierzające do wzmocnienia umiejętności adaptacyjnych, wykorzystania zasobów własnych i środowiska celem nabycia umiejętności radzenia sobie z kryzysem.

Zakłada się, że projekt przyczyni się do podniesienia kompetencji rodzin w pełnieniu ról opiekuńczo – społecznych, poprawi relacje rodzic – dziecko oraz przyczyni się do wzmocnienia kompetencji rodziny jako całości w oparciu o pracę z rodzicami i dziećmi.

1. **Opis przedmiotu zamówienia:**  prowadzenie terapii (indywidualnej, rodzinnej) dla uczestników projektu **w wymiarze 150 godzin zegarowych.**

**V. Termin realizacji zadania:**

Od dnia podpisania umowy do dnia 30 czerwca 2023 roku.

**VI. Zadania Zamawiającego:**

Rekrutacja i wskazanie uczestników.

**VII. Istotne warunki zamówienia:**

1. Realizacja zadania odbywać się będzie na bieżąco, w miarę potrzeb, stosownie do informacji Zamawiającego o ilości osób wymagających wsparcia.
2. Na potrzeby realizacji zadania Zamawiający zapewni Wykonawcy salę szkoleniową
w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. W szczególnych przypadkach świadczenie usługi odbywać się będzie zdalnie lub w miejscu zamieszkania uczestnika projektu. Zorganizowanie dojazdu oraz koszt dojazdu do uczestnika pokrywa Wykonawca.
3. Porady mogą odbywać się od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 20.00.
4. Kryterium wyboru oferty – 100 % cena.
5. Przewidywana łączna ilość godzin: **150 godzin zegarowych.** Ilość godzin może ulec zmianie w zależności od potrzeb uczestników projektu.
6. Wykonawca jest zobowiązany do zachowania poufności wszelkich informacji związanych z realizacją zadania, w tym przede wszystkim informacji powziętych w toku realizacji zadania.
7. Wykonawca jest zobowiązany do dostarczania Zamawiającemu miesięcznych sprawozdań z udzielonych w ramach umowy porad na druku przekazanym przez Zamawiającego.
8. Wykonawca zobowiązuje się wykonać powierzone czynności związane z realizacją usługi stanowiącej przedmiot umowy z należytą starannością.
9. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność w związku z niewykonaniem bądź nienależytym wykonaniem przedmiotu Umowy, chyba, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie nastąpi z winy Zamawiającego.
10. Wymagania stawiane przed terapeutą:
11. posiada wykształcenie wyższe magisterskie oraz ukończone szkolenie/ szkoły z zakresu psychoterapii (psychodynamiczne, w tym psychoanalityczne
i analityczne, poznawczo-behawioralne, gestalt, systemowe/rodzinne, humanistyczno-egzystencjalne i inne),
12. posiada co najmniej 3- letnie doświadczenie w prowadzeniu terapii,
13. jest osobą mobilną (możliwość pracy w środowisku klienta),
14. jest osobą niekaraną za przestępstwa popełnione umyślnie i posiada pełnię praw publicznych,
15. Zamawiający uzna, że Wykonawca spełnia wymagania formalne w zakresie kompetencji zawodowych oraz doświadczenia jeżeli wykaże, że osobiście je posiada albo będzie dysponować osobą je posiadającą.
16. Zamawiający zastrzega sobie prawo do:
17. dokonywania kontroli realizacji zamówienia,
18. wglądu w dokumentację Wykonawcy związaną z realizowanym zadaniem.

Ocena spełniania przedstawionych powyżej warunków zostanie dokonana wg formuły: „spełnia – nie spełnia”. Oferta Wykonawcy, który nie spełni któregokolwiek z warunków zostanie odrzucona w postępowaniu.

**VIII. Warunki i termin płatności:**

1. Płatność wynagrodzenia nastąpi w transzach miesięcznych, po dostarczeniu przez Wykonawcę prawidłowo wystawionego rachunku/faktury wraz ze sprawozdaniem
z przeprowadzonych terapii za okres, którego dotyczy rachunek/faktura.

Termin płatności wynosi do 30 dni. Termin ten rozpoczyna swój bieg od momentu dostarczenia przez Wykonawcę w/w dokumentów.

 2. Adres dostarczenia faktury/rachunku: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
 w Goleniowie ul. Pocztowa 43, 72-100 Goleniów.

**IX. Sposób przygotowania oferty:**

1. Ofertę należy sporządzić czytelnie, w języku polskim.
2. Oferta powinna być podpisana przez osobę upoważnioną.
3. Oferta musi zawierać:
4. nazwę Oferenta,
5. adres siedziby Oferenta,
6. cenę oferty przedstawioną jako cenę brutto/netto/podatek VAT w zł za 1 godzinę usługi.
7. Do oferty należy dołączyć:
8. oświadczenie o spełnieniu warunków ubiegania się o udzielenie zlecenia,
9. oświadczenie o zgodzie na wgląd w dokumentację dot. przedmiotu zamówienia przez Zamawiającego i przez wszystkie organy kontrolujące projekt,
10. odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG) – jeżeli dotyczy,
11. oświadczenie Oferenta o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie, w tym przestępstwo na tle seksualnym lub umyślne przestępstwo skarbowe i posiadaniu pełni praw publicznych – dot. Oferentów będących osobami fizycznymi.

**XI. Termin i miejsce składania ofert:**

Ofertę należy złożyć **do** **dnia 27 kwietnia 2021 r. do godz.15.00**, w zamkniętej kopercie oznaczonej hasłem „**ZAPYTANIE OFERTOWE NA REALIZACJĘ USŁUGI: PROWADZENIE TERAPII INDYWIDUALNEJ I RODZINNEJ DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU „REGIONALNA AKADEMIA DZIECI I MŁODZIEŻY” -**  nie otwierać przed dniem 27.04.2021 r. do godz. 15.00” osobiście w sekretariacie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, ul. Pocztowa 43, II piętro, pokój 304 albo na adres:

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie,**

**ul. Pocztowa 43**

**72-100 Goleniów**

**Liczy się data i godzina wpływu do siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie.**

**XIII.** **Wybór oferty**

**Rozstrzygnięcie zapytania ofertowego nastąpi do dnia 28 kwietnia 2021 r.**

Zastrzegamy sobie prawo kontaktu wyłącznie z wybranymi Oferentami i możliwość negocjacji warunków z wybraną osobą/podmiotem.

Niniejsze zaproszenie do składania ofert, jak również oferty złożone przez wykonawców nie stanowią ofert w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego.

Zaproszenie do składnia ofert nie jest też ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych.

**Osoba do kontaktu:** Ewa Turowska nr tel. 91 418 38 60 wew. 28

Załączniki do oferty:

1. formularz ofertowy,
2. wzór oświadczenia o spełnieniu warunków ubiegania się o udzielenie zamówienia,
3. wzór oświadczenia o niekaralności i posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych,
4. wzór oświadczenia Oferenta o wyrażeniu zgody na wgląd w dokumentację,
5. wzór oświadczenia o bezstronności.

**Załącznik nr 1**

***Formularz ofertowy***

 **Treść oferty:** dotyczy realizacji usługi: prowadzenie terapii indywidualnej i rodzinnej dla uczestników projektu „REGIONALNA AKADEMIA DZIECI I MŁODZIEŻY ”.

**Nazwa wykonawcy** …………………………………………………………………….........................

**Adres wykonawcy**  …

 **NIP** ………………………………………………………………………………………………..........

**Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:**

 Kwotę netto ………………… zł (słownie: …………………………………………………….

 …………………………… ..…………………….… …………………………………………. zł

 Podatek VAT ………………………………. zł

 (słownie………………………………………………………………………………………….. zł

 Cenę brutto …………………………………. zł

 (słownie: …………………………….…………………………………..……………………… zł

 **Oświadczam, że**

* 1. *nie jestem powiązany osobowo i kapitałowo z zamawiającym,*
	2. *zapoznałem/łam się, akceptuję i spełniam wymienione w zapytaniu ofertowym warunki realizacji zamówienia,*
	3. *wyrażam zgodę na związanie ofertą,*
	4. *w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego (w tym podatek VAT jeśli dotyczy),*
	5. *zdobyłem/liśmy wszelkie informacje, które były konieczne do przygotowania oferty oraz, że wyceniłem/liśmy wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy,*
	6. *na wykonany przedmiot zmówienia udzielam/y gwarancji jakości oraz rękojmi.*

 ………………………………………….

 (data i podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

**Załącznik nr 2**

Dane oferenta:

……………………………………

…………………………………....

……………………………………

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia na realizację usługi: prowadzenie terapii indywidualnej i rodzinnej oświadczam(y), że:

1. Posiadam/my uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeśli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień oraz prowadzę działalność gospodarczą w zakresie objętym niniejszym zamówieniem.
2. Posiadam/my odpowiednią wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję/emy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia lub posiadam/y dostęp
do potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia.
3. Znajduję/my się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

 ……………………………………………………….

 (data i podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 3**

Dane oferenta:

……………………………………

…………………………………....

……………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że :

1. nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego, w tym przestępstwo na tle seksualnym lub umyślne przestępstwo skarbowe,
2. korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

 ……………………………………………………….

 (data i podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 4**

Dane oferenta:

……………………………………

…………………………………....

……………………………………

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia na realizację usługi: prowadzenie terapii indywidualnej i rodzinnej wyrażam(y) nieodwołalnie zgodę na wgląd w dokumentację dotyczącą wyżej wymienionego zamówienia przez Zamawiającego oraz przez organy kontrolujące projekt.

 ………………………………………….

  (data i podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 5**

Dane oferenta:

……………………………………

…………………………………....

……………………………………

**Oświadczenie o bezstronności**

Składając ofertę na realizację usługi: prowadzenie terapii indywidualnej i rodzinnej oświadczam, że:

**Wykonawca w żaden sposób nie jest powiązany z beneficjentem (zamawiającym)
lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta
lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związanych
z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo
lub kapitałowo, w szczególności poprzez ;**

1. **uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,**
2. **posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,**
3. **pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,**
4. **pozostawianie 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.**

W razie zmiany którejkolwiek z informacji, podanej w moim oświadczeniu, zobowiązuję
się do niezwłocznego złożenia oświadczenia we wskazanej formie.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych informacji oświadczam,
że przedłożone przeze mnie informacje w niniejszym dokumencie są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………….

 (data i podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej)