



## ZAPYTANIE OFERTOWE nr 2/02/2025 z dnia 17.02.2025r.

### Zamawiający:

**Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp.k.**

**ul. Kilińskiego 21, 90-205 Łódź**

W związku z realizacją projektu „Pomagamy w domu” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp. k zaprasza podmioty zainteresowane wykonaniem zadania: świadczenie usługi pielęgniarstwa w ramach opieki długoterminowej dla 42 uczestników/ uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w programie.

### I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie długoterminowej opieki pielęgniarstwa realizowanej w warunkach domowych. Wsparciem pielęgniarstwa zostanie objętych **42 uczestników/uczestniczek projektu „Pomagamy w domu” mieszkańców województwa łódzkiego, w szczególności m. Łodzi.**, którzy potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność. Zadanie będzie realizowane od **lutego 2025 roku do stycznia 2026 roku**. Na każdego uczestnika/uczestniczkę objętego/ą działaniami przypadać powinno średnio **4 spotkania x 2h/tydzień x 4tyg/m-c**.

Do zadań pielęgniarki/pielęgniarsza opieki długoterminowej domowej należeć będzie:

1. Świadczenia udzielane przez pielęgniarkę, zgodnie z procesem pielęgnowania
2. Przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością
3. Pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
4. Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji medycznej.
5. Pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

**Świadczenia, o których mowa powyżej, będą udzielane poniedziałku do niedzieli w godzinach pomiędzy 6:00 – 22:00.**

### II. KOD CPV 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki

### III. WYMAGANIA

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy posiadają lub dysponują osobami posiadającymi:

- 1) odpowiednie wykształcenie uprawniające do pracy na stanowisku objętym zapytaniem: Pielęgniarka/ pielęgniarz: z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej/ pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych/ pielęgniarstwa zachowawczego/ pielęgniarstwa rodzinnego/ pielęgniarstwa środowiskowego/ pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego/ pielęgniarstwa pediatrycznego/ pielęgniarstwa geriatrycznego/ pielęgniarstwa opieki paliatywnej/ kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej.
- 2) aktualne prawo wykonywania zawodu,



Ponadto:

- 3) posiadają co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe,
- 4) posiadają pełną zdolność do czynności prawnych, korzystanie z pełni praw publicznych,
- 5) są osobami fizycznymi lub osobami samozatrudnionymi tzn. osobami fizycznymi prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą lub osobami prowadzącymi działalność gospodarczą w której zatrudniają osoby spełniające powyższe warunki,
- 6) w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą zaznacza się, że w stosunku do firmy: nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości, nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia,
- 7) nie są powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związanych 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, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

#### IV. INFORMACJA O DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY CELEM POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

- a. Curriculum Vitae.
- b. Kopia dyplomu potwierdzającego posiadanie odpowiedniego wykształcenia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
- c. Kopie dokumentów przedstawiające staż zawodowy i doświadczenie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
- d. Wypełniony formularz oferty (załącznik nr 1).
- e. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 2).
- f. Podpisana klauzula informacyjna potwierdzająca spełnienie obowiązku informacyjnego o przetwarzaniu danych osobowych przez Akademię Zdrowia sp. z o.o. sp. komandytowa wobec osoby reprezentującej podmiot składający ofertę. (załącznik nr 3)
- g. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu oraz o braku innych podstaw do wykluczenia z udziału w postępowaniu (załącznik nr 4).

Niezłożenie wyżej wymienionych dokumentów będzie skutkowało odrzuceniem oferty Wykonawcy.

#### V. TERMIN REALIZACJI UMOWY

Zamówienie będzie realizowane od **lutego 2025 roku do 31 stycznia 2026 roku**

#### VI. KRYTERIA OCENY

Jako kryterium wyboru oferty przyjmuje się w niniejszym postępowaniu najkorzystniejszy bilans punktów przyznanych w oparciu o poniższe kryterium:

| Kryterium                    | Waga | Maksymalna ilość punktów jakie może otrzymać oferta za dane kryterium |
|------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------|
| Cena za 1 h (wartość brutto) | 80%  | 80 punktów                                                            |



|                                                                                                                                                                                    |     |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|
| Doświadczenie zawodowe w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia:<br>5 pkt – staż pracy 2 lat<br>10pkt – staż pracy powyżej 2 lata – 6 lat<br>20 pkt – powyżej 6 lat stażu pracy | 20% | 20 punktów |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|

Punkty będą liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

A. Punkty za kryterium „Cena za 1 h” zostaną obliczone według wzoru:

Cena brutto oferty najtańszej

x 80 pkt. = liczba punktów w danym kryterium

Cena brutto oferty badanej

B. Punkty za kryterium „Doświadczenie zawodowe” zostaną obliczone według wzoru:

Uzyskana liczba punktów badanej oferty

x 20 pkt. = liczba punktów w danym kryterium

Max liczba punktów

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów stanowiącą sumę podanych wyżej kryteriów, zgodnie ze wzorem: punkty za kryterium „cena za 1 h” + punkty za doświadczenie zawodowe.

#### UWAGA:

Zamawiający informuje, że dla wyliczenia lat doświadczenia – (okres trwania od data /dzień, m-c, rok/ do data /dzień, m-c, rok/ wykonanej usługi) Zamawiający przyjmie zasadę:

- 1) w przypadku podania tylko lat - np. 2013-2014 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.01.2013r.- 31.12.2014r.
- 2) w przypadku podania miesiąca i roku – np. 04.2013-09.2013 - Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 01.04.2013r.-30.09.2013r.

w przypadku podania dokładnego okresu – np. 15.06.2014r. – 28.04.2014r. – Zamawiający do obliczenia wymaganego doświadczenia przyjmie okres 15.06.2014r. – 28.04.2014r.

Ze względu na liczbę uczestników/uczestniczek planowanych do objęcia działaniami założonymi w projekcie Zamawiający dopuszcza możliwość dzielenia zamówienia, tzn. powierzenia usługi kilku Wykonawcom z najwyższą liczbą uzyskanych punktów w celu zapewnienia płynności realizacji projektu (w zależności od zadeklarowanej maksymalnej liczby godzin w ofercie). Oferenci, którzy przedłożą ważne oferty, które zostaną uznane za najkorzystniejsze, będą przesłanką do wezwania osób objętych ofertą do podpisania umowy.

## VII. ISTOTNE WARUNKI ZMIANY UMOWY

Zamawiający przewiduje możliwość dokonywania istotnych zmian postanowień umowy w zakresie:

- a. Terminu realizacji umowy;
- b. Harmonogramu realizacji umowy;
- c. Ostatecznej liczby UP w ramach umowy;
- d. Zasad płatności (Zamawiający informuje, że termin płatności wynagrodzenia Wykonawcy uzależniony jest od terminu wpłynięcia na konto Zamawiającego środków przeznaczonych na pokrycie wydatków związanych realizacją projektu na etapie, w którym uczestniczył w nim Wykonawca i może ulegać opóźnieniom);

Wskazane powyżej istotne zmiany postanowień umowy zostaną wprowadzone do umowy pod warunkiem wystąpienia w toku realizacji Projektu okoliczności uzasadniających wprowadzenie zmian w celu należytej realizacji Projektu. Zmiany zostaną wprowadzone w drodze aneksu do umowy bądź zmiany załączników do umowy.

## VIII. OSOBA DO KONTAKTU

Osobą wyznaczoną do kontaktu jest Claudia Łajs, e-mail: [claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl](mailto:claudia.lajs@akademia-zdrowia.pl), tel. 737 471 848

## IX. SPOSÓB, MIEJSCE I TERMIN SPORZĄDZENIA OFERTY

1. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim.
2. Do oferty powinny być dołączone podpisane dokumenty wymienione w punkcie IV niniejszego zapytania.
3. Cena jednostkowa brutto ubruttowione powinna być podana na formularzu stanowiącym załącznik 1.
4. **Ofertę wraz z pozostałymi dokumentami należy złożyć za pośrednictwem Bazy Konkurencyjności (BK2021) do dn. 25.02.2025r. do godz. 24:00.**

Każdy Wykonawca może przedstawić tylko jedną ofertę. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia zamówienia podwykonawcom.



## FORMULARZ OFERTY

Ja niżej podpisana/y: .....

działając w imieniu i na rzecz.....

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 2/02/2025 z dnia 17.02.2025 dotyczące świadczenia długoterminowej opieki pielęgniarstwa domowego dla uczestników/uczestniczek projektu objętych usługami zdrowotnymi w projekcie „Pomagamy w domu” składam niniejszą ofertę:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

..... brutto z narzutem pracodawcy (brutto ubruttowane) / za 1 godzinę świadczenia usług zdrowotnych-pielęgniarstwa realizowanych w warunkach domowych.

Oferowane maksymalne zaangażowanie godzinowe w miesiącu :..... miesięcznie.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela  
upoważnionego do reprezentacji)



## OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/y: .....

działając w imieniu i na rzecz.....

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.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela  
upoważnionego do reprezentacji)

\* niepotrzebne skreślić

## KLAUZULA INFORMACYJNA

1) Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej: RODO, informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Zdrowia Sp. z o.o. sp. komandytowa z siedzibą w Łodzi przy ul. Kilińskiego 21.

2) Na podstawie obowiązujących przepisów, wyznaczaliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się:

- listownie na adres siedziby Spółki
- przez e-mail: [iod@akademia-zdrowia.pl](mailto:iod@akademia-zdrowia.pl)

3) Pani/Pana dane osobowe pozyskane w związku z procesem zbierania i rozpatrywania ofert będą przetwarzane w następujących celach:

- związanych z procesem zbierania i rozpatrywania ofert,
- związanych z dochodzeniem ewentualnych roszczeń, odszkodowań,
- udzielania odpowiedzi na Pani/Pana pisma, wnioski i skargi,
- udzielania odpowiedzi w toczących się postępowaniach.

4) Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest:

- konieczność do wykonania umowy lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
- konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- konieczność do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

5) Pozyskane od Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:

- podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie oraz organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. sądom, organom ścigania lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną.

6) Pani/Pana dane nie będą przekazane do państw trzecich.

7) Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jest obliczany w oparciu o następujące kryteria:

- czasu obowiązywania umowy,
- przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określony czas,
- okres, który jest niezbędny do obrony naszych interesów.



8) Ponadto, informujemy, że ma Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych,
- żądania sprostowania swoich danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych,
- żądania usunięcia swoich danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania,
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, w przypadkach, kiedy przetwarzamy Pani/Pana dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu czy też na potrzeby marketingu bezpośredniego,
- przenoszenia swoich danych osobowych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9) Informujemy, że nie korzystamy z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

.....  
**miejsowość, data**

.....  
**własnoręczny podpis**



## OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ O BRAKU INNYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej zamówieniem.
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
3. Posiadam zdolność finansową do realizacji przedmiotu zamówienia.
4. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.
5. Posiadam obywatelstwo polskie.
6. Posiadam aktualne prawo do wykonywania zawodu.

Ponadto oświadczam, że:

1. W stosunku do firmy.....nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości.
2. Firma .....nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.
3. Firma..... nie została skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Wykonawcy lub przedstawiciela  
upoważnionego do reprezentacji)