

HRP Care Sp. z o.o.
ul. Tymienieckiego 19A
90 – 349 Łódź

ZAPYTANIE OFERTOWE NR HRPC/08/2021

w ramach projektu: „Przepis Na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielnych z obszaru ŁOM”
na
świadczenie usług opiekunów medycznych

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- 1.1. Zamówienie jest realizowane przez HRP Care Sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi, 90-349 przy ul. Tymienieckiego 19A zwanym dalej Zamawiającym.
- 1.2. Zamówienie dotyczy projektu pn. „Przepis na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielnych z obszaru ŁOM” realizowanego w ramach Priorytetu IX Włączenie społeczne, Działania IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałania IX.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne - ZIT, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, zwanego dalej Projektem, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- 1.3. Szacunkowa wartość zamówienia, w ramach którego przeprowadzane jest niniejsze zapytanie ofertowe, **przekracza kwotę 50 tys. zł netto.**
- 1.4. Zamówienie zostanie udzielone zgodnie z zapisami „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020” i nie podlega przepisom ustawy Prawo zamówień publicznych.
- 1.5. Zapytanie jest dostępne w biurze Zamawiającego w Łodzi przy ul. Tymienieckiego 19 A oraz na stronie internetowej <https://bazakonkurencyjnosci.funduszeuropejskie.gov.pl/>.

2. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 2.1. Przedmiotem zapytania ofertowego jest zlecenie usług świadczonych **przez maksymalnie 44 osoby** (9 osób w dwóch edycjach łącznie 18 osób) zgodnie z zapisami pkt 3 „Specyfikacja przedmiotu zamówienia” niniejszego zapytania ofertowego.
- 2.2. Przedmiot zamówienia określa kod CPV 85000000-9 Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej.

3. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 3.1. Przedmiotem zamówienia jest realizacja usługi pełnionej jako opiekun medyczny świadczonej w miejscu zamieszkania 44 Uczestników (9 Uczestników w dwóch edycjach łącznie 18 Uczestników) projektu. Projekt skierowany jest do osób niesamodzielnych, które ze względu na wiek i stan zdrowia wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego.
- 3.2. Katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego:
 - 3.2.1. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun medyczny planuje, organizuje i wykonuje następujące czynności higieniczne i pielęgnacyjne:
 - 3.2.1.1. sianie łóżka pustego oraz z osobą chorą i niesamodzielną;
 - 3.2.1.2. toaleta całego ciała osoby chorej i niesamodzielnej z uwzględnieniem toalety i zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie jamy ustnej;
 - 3.2.1.3. mycie głowy osoby chorej i niesamodzielnej leżącej w łóżku i zakładanie czepca przeciwwszawiczego;
 - 3.2.1.4. zmiana bielizny osobistej i pościelowej;

- 3.2.1.5. zmiana pieluchomajtek i innych środków absorpcyjnych oraz pomoc w czynnościach fizjologicznych osobie chorej i niesamodzielnej;
- 3.2.1.6. wymiana cewnika zewnętrznego, worka stomijnego i worka na mocz osobie chorej i niesamodzielnej;
- 3.2.1.7. profilaktyka i pielęgnacja przeciwoleżynowa u osoby chorej i niesamodzielnej;
- 3.2.1.8. zapewnienie osobie chorej i niesamodzielnej wygodnego i bezpiecznego ułożenia w łóżku;
- 3.2.1.9. pomoc przy zmianie pozycji, wstawaniu i przemieszczaniu się osoby chorej i niesamodzielnej;
- 3.2.1.10. czynności usprawniające ruchowo osobę chorą i niesamodzielną;
- 3.2.1.11. karmienie osoby chorej i niesamodzielnej lub pomoc podczas jej karmienia;
- 3.2.1.12. przeprowadza edukację w zakresie higieny osobistej i zabiegów pielęgnacyjnych.
- 3.2.2. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun medyczny planuje, organizuje i wykonuje następujące czynności opiekuńcze:
 - 3.2.2.1. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w wykonywaniu czynności życia codziennego;
 - 3.2.2.2. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w użytkowaniu sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego;
 - 3.2.2.3. aktywizacja osoby chorej i niesamodzielnej i organizacja jej czasu wolnego;
 - 3.2.2.4. pomoc w adaptacji osoby chorej i niesamodzielnej do warunków życia w placówkach ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej;
 - 3.2.2.5. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w adaptacji do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością;
 - 3.2.2.6. udzielanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego osobie chorej i niesamodzielnej w sytuacjach trudnych;
 - 3.2.2.7. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności ruchowej.
- 3.3. Zamawiający przewiduje udzielenie zamówienia jednemu lub kolejnym Oferentom, którzy złożą najkorzystniejsze oferty.
- 3.4. Całkowity wymiar zamówienia: 6 godzin/Uczestnika/tydzień (średnio 27h miesięcznie) x 9 Uczestników/m-c x 12 miesięcy x 2 edycje.
- 3.5. Wsparciem – zostanie objętych w ramach każdej edycji 22 Uczestników niesamodzielnych.
- 3.6. Maksymalny zakres/ wymiar zaangażowania: dla 1 (jednego) opiekuna to: 162h/ miesiąc (dla 6 Uczestników, w tym 1 Uczestnik to średnio 27h/miesiąc), czyli 162h*22 miesiące=3 564 h.
- 3.7. Zamówienie będzie realizowane od 11/2021r. do 31/08/2023 r.
- 3.8. I edycja realizowana będzie od listopada 2021 a II edycja planowana od września 2022 r.
- 3.9. Świadczenia udzielane będą od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-20.00 oraz w weekendy.
- 3.10. Miejsce świadczenia usługi to miejsce zamieszkania Uczestników to: miasto Łódź, powiaty: łódzki wschodni, pabianicki, brzezińskiego, zgierski.

4. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

- 4.1. W zapytaniu ofertowym mogą brać udział Oferenci:
 - 4.1.1. którzy nie znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej mogącej budzić poważne wątpliwości, co do możliwości prawidłowego wykonania zamówienia, nie wszczęto wobec nich postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono upadłości; nie zalegają z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
 - 4.1.2. którzy nie są powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym,
 - 4.1.3. którzy wytypują do realizacji zlecenia kadrę, która spełnia poniższe wymagania:
 - 4.1.3.1. posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego,
 - 4.1.3.2. posiadają co najmniej 2 lata doświadczenia zawodowego na stanowisku opiekuna medycznego,
 - 4.1.3.3. łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych

źródeł i innych podmiotów w okresie realizacji przedmiotu zamówienia, nie przekroczy łącznie z zaangażowaniem w realizację przedmiotu zamówienia 276 godzin miesięcznie¹.

- 4.2. Oferenci, którzy nie wykażą spełnienia w/w warunków udziału w postępowaniu (tj. nie załączą oświadczenia w przedmiotowym zakresie stanowiącym załącznik nr 2 niniejszego zapytania ofertowego) zostaną wykluczeni z udziału w postępowaniu.

5. ZASADY SKŁADANIA OFERT

- 5.1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.
- 5.2. **Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych, przy czym każda oferta musi obejmować świadczenie usług opiekuna medycznego.** Minimalny wymiar to 27 h/miesiąc, a dopuszczalne jest składanie wielokrotności 1 (jednej) części zamówienia. Maksymalna wielokrotność to: 162 h/miesiąc.
- 5.3. Zakłada się zlecenie usługi w dwóch cyklach (edycjach).
- 5.4. Na ofertę składają się następujące dokumenty:
- 5.4.1. Specyfikacja cenowa, której wzór stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszego Zapytania ofertowego.
 - 5.4.2. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, którego wzór stanowi **Załącznik nr 2** do niniejszego Zapytania ofertowego.
 - 5.4.3. Oświadczenie dotyczące łącznego zaangażowanie zawodowego w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł i innych podmiotów w okresie realizacji przedmiotu zamówienia - 276 godzin miesięcznie² wzór stanowi **Załącznik nr 3**.
 - 5.4.4. Oświadczenie dotyczące doświadczenia zawodowego kadry wskazanej do realizacji usługi objętej niniejszym zapytaniem ofertowym, którego wzór stanowi **Załącznik nr 4** do niniejszego Zapytania ofertowego.
- 5.5. W celu potwierdzenia spełniania kryteriów Zamawiający oczekuje przedłożenia kopii dyplomów i innych dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie - na etapie podpisywania umowy.
- 5.6. Strony oferty (w rozumieniu wszystkich dokumentów składanych przez oferenta) muszą zostać podpisane w wyznaczonych miejscach i parafowane na stronach, na których nie widnieje podpis osoby upoważnionej do reprezentacji.
- 5.7. Kserokopie dokumentów muszą być poświadczane za zgodność z oryginałem na każdej stronie lub na pierwszej stronie „za zgodność z oryginałem od strony.... do strony...” wraz z datą, czytelnym podpisem, pieczęcią firmową (jeśli dotyczy), pieczęcią imienną (jeśli dotyczy).
- 5.8. Zamawiający zaleca, aby poszczególne załączniki były ponumerowane (jeśli posiadają więcej niż jedną stronę).
- 5.9. Oferty należy przesłać:
- 5.9.1. w formie skanu wysłanego wiadomością e-mail, uwzględniającą w tytule nr zapytania ofertowego, na adres mailowy zamowienia@hrp.com.pl w terminie do 05/11/2021 r. do końca dnia (23:59:59). Za datę przekazania oferty rozumie się datę otrzymania wiadomości e-mail z ofertą przez serwer pocztowy Zamawiającego. Oferty, które wpłynęły po terminie nie będą rozpatrywane.
 - 5.9.2. poprzez platformę bazy konkurencyjności, w terminie do 05/11/2021 r. do końca dnia (23:59:59). Za datę przekazania oferty rozumie się datę otrzymania wiadomości e-mail z ofertą przez serwer pocztowy Bazy konkurencyjności. Oferty, które wpłynęły po terminie nie będą rozpatrywane.
- 5.10. Oferty, które wpłynęły po terminie określonym w pkt 5.9 nie będą rozpatrywane.

6. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

- 6.1. Oferent będzie związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
- 6.2. Oferent może przedłużyć termin związania ofertą, na czas niezbędny do zawarcia umowy, samodzielnie lub na wniosek Zamawiającego.

¹ Dotyczy osób fizycznych

7. PROCES OCENY OFERT

7.1. Oferta będzie oceniana pod kątem:

7.1.1. kryteriów formalnych - kompletność (załączenie wszystkich wymaganych w dokumentów, zgodnie z określonymi w zapytaniu zasadami), poprawność formalna (podpisy osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta wraz z pieczęciami w wymaganych miejscach):

7.1.2. kryteriów dostępu - spełnianie warunków udziału w postępowaniu określonych w pkt 4.

7.1.3. kryteriów wyboru:

7.1.3.1. Oferta cenowa – maks. 80 pkt. Weryfikacja na podstawie **Załącznika nr 1**. Punktacja wyliczana w oparciu o następujący wzór: 80 punktów x (najniższa cena pośród ocenianych ofert / cena wykazana w ocenianej ofercie).

7.1.3.2. Liczba lat doświadczenia zawodowego opiekuna medycznego wykonującego osobiście usługę lub kadry oddelegowanej do wykonywania usługi opiekuna medycznych - maks. 20 pkt. Weryfikacja na podstawie **Załącznika nr 4**.

Punktacja:

od 0 do 2 lat włącznie – 0 pkt,

powyżej 2 lat – do 3 lat włącznie – 5 pkt,

powyżej 4 lat – do 5 lat włącznie – 10 pkt,

powyżej 5 lat do 6 lat włącznie – 15 pkt,

powyżej 6 lat – 20 pkt.

7.2. Ocenie wskazanej w pkt 7.1.3 poddane zostaną tylko oferty, spełniające kryteria formalne i kryteria dostępu.

7.3. Zamawiający może wezwać Oferenta jednokrotnie do uzupełnień formalnych, które nie wpływają na zmianę kryteriów podlegających ocenie.

7.4. Zamawiający ma prawo wezwać Oferenta do wyjaśnień w sprawie przedłożonej przez niego oferty.

7.5. Z tytułu odrzucenia oferty, Oferentom nie przysługują żadne roszczenia przeciw Zamawiającemu.

7.6. Zamawiający spośród złożonych ofert wybierze osobno dla każdej części usługi (1 część = 1 uczestnik)-wykonawcę, którego oferta uzyska najwyższą liczbę punktów. Postępowanie może zakończyć się wyborem od 4 do 22 opiekunów medycznych – w przypadku jeśli oferta, która uzyskała najwyższą liczbę punktów nie pokryje w pełni zakresu objętego zamówieniem; Zamawiający wybierze dodatkowo następnego w kolejności oferenta powierzając mu do realizacji pozostałą część zamówienia (nie większą niż w ofercie). Każdy opiekun medyczny będzie oceniany niezależnie.

7.7. Zamawiający dopuszcza możliwość podjęcia negocjacji z Oferentem, którego oferta uzyska w toku oceny największą liczbę punktów, ale którego zaproponowana łączna cena oferty przekroczy budżet przeznaczony przez Zamawiającego na wykonanie przedmiotu zamówienia. Negocjacje dotyczyć mogą zarówno ceny, jak i zakresu godzinowego (liczby Uczestników).

7.8. W przypadku niepomyślnego zakończenia procesu negocjacji opisanego w pkt 7.7, rozpatrzona zostanie następna oferta, którą zajmuje kolejną pozycję w rankingu pod względem uzyskanej liczby punktów i w razie konieczności przeprowadzone zostaną kolejne negocjacje.

7.9. W przypadku gdy dwie lub więcej ofert otrzyma najwyższą punktację, wybrane zostaną kolejno oferty z najniższą ceną.

7.10. W przypadku, gdy dwie lub więcej ofert otrzymają najwyższą punktację i będą posiadać jednakowe, najniższe ceny, to Oferenci, którzy je złożyli zobowiązani będą do złożenia ofert uzupełniających w zakresie ceny, która nie będzie mogła być wyższa niż w ofercie pierwotnie złożonej.

7.11. Proces oceny zostanie dokonany przez powołaną przez Zamawiającego Komisję oceny ofert, w skład której wchodzić będzie: Przewodniczący Komisji i Członek Komisji. Przewodniczący Komisji nadzoruje poprawność wyboru ofert. Członek Komisji dokonuje oceny pod względem kryteriów: formalnych, dostępu i wyboru.

7.12. Posiedzenie Komisji oceny ofert odbędzie się po zakończeniu naboru ofert.

7.13. Przed przystąpieniem do otwarcia ofert Przewodniczący Komisji oraz Członek Komisji są zobowiązani do podpisania „Oświadczenia o bezstronności i niezależności”.

- 7.14. Ocena dokonana przez Komisję oceny ofert ma charakter ostateczny i oferentom nie przysługuje prawo odwołania się od jej decyzji.
- 7.15. Informacja o wynikach oceny zostanie opublikowana na stronie <https://bazakonkurencyjnosci.funduszeuropejskie.gov.pl/> w terminie 7 dni od daty zakończenia przyjmowania ofert.
- 7.16. Zamawiający zastrzega, że termin podania informacji o wynikach oceny ulec może przesunięciu o czym zobowiązany jest poinformować oferentów.
- 7.17. Zamawiający zastrzega, że ma prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

8. KONTAKT Z ZAMAWIAJĄCYM

Na potrzeby niniejszego Zapytania wszelkie pytania bądź kwestie należy kierować poprzez zamowienia@hrp.com.pl

9. WARUNKI ZMIANY UMOWY

- 9.1. Zamawiający przewiduje możliwość zmiany postanowień niniejszej Umowy w przypadkach gdy:
- 9.1.1. nastąpi zmiana powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu zamówienia;
 - 9.1.2. konieczność wprowadzenia zmian będzie następstwem zmian wprowadzonych w umowach pomiędzy Zamawiającym, w tym instytucjami nadzorującymi realizację projektu, w ramach, którego realizowane jest przedmiotowe zamówienie;
 - 9.1.3. konieczność wprowadzenia zmian będzie następstwem zmian wytycznych lub zaleceń dotyczących Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
 - 9.1.4. zachodzą okoliczności związane z działaniem siły wyższej;
 - 9.1.5. zachodzą okoliczności związane z pandemią i COVID – 19;
 - 9.1.6. zmiany czasu trwania umowy (możliwość wydłużenia o kolejny 1 miesiąc).
- 9.2. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany wymiaru udzielonego wykonawcy zamówienia (do 50%).
- 9.3. Zamawiający zakłada możliwość, w toku realizacji usług, zmiany kadry wskazanej w ofercie przez Wykonawcę, jednakże zmiana taka wymagać będzie akceptacji Zamawiającego jak również wymagane będzie zachowanie takich samych parametrów do co doświadczenia opiekuna medycznego.
- 9.4. Zamawiający zakłada wprowadzenie kar umownych, w szczególności w zakresie niedopełnienia przez Wykonawcę na etapie realizacji warunków wskazanych w ofercie, w tym co do dyspozycyjności oraz doświadczenia i statusu kadry zaangażowanej w realizację usług.

W załączeniu:

- Załącznik nr 1 - Specyfikacja cenowa
Załącznik nr 2 - Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
Załącznik nr 3 - Oświadczenie dotyczące łącznego zaangażowanie zawodowego - 276 godzin miesięcznie
Załącznik nr 4 - Curriculum Vitae Kadry (opiekunowie medyczni)

Zatwierdzono:
Łódź, dn. 28.10.2021r.

Justyna Nowicka-Widz
.....
Czytelny podpis Zamawiającego
oraz pieczęć firmowa

HRP CARE Spółka z o.o.
90-349 Łódź, ul. Tymienieckiego 19A
NIP 9471982088, REGON 101579430

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021

SPECYFIKACJA CENOWA

Załącznik nr 1 należy złożyć w takiej liczbie egzemplarzy w jakiej wskazano kadrę (do każdej osoby wymienionej z imienia i nazwiska opiekuna medycznego powinien zostać złożony załącznik nr 1 oddzielnie).

Imię i nazwisko /nazwa firmy

.....(PESEL³).....NIP.....

Dane teleadresowe Oferenta (ulica, nr /nr lokalu, miejscowość, kod, telefon kontaktowy)

.....

Adres e-mail do korespondencji

.....

Imię i nazwisko opiekuna medycznego:

.....

Liczba Uczestników/ 1 opiekuna medycznego Liczba godzin zegarowych/ miesiąc realizowanych przez 1 opiekuna medycznego	Zaznacz właściwe poprzez postawienie „X” tylko w jednej kratce
27h/ m-c (1 Uczestnik)	
54h/ m-c (2 Uczestników)	
81h/ m-c (3 Uczestników)	
108h/ m-c (4 Uczestników)	
135h/ m-c (5 Uczestników)	
162h/ m-c (6 Uczestników)	

Cena brutto brutto za 1 godzinę zegarową
(wraz ze wszystkimi kosztami po stronie
Zamawiającego i Wykonawcy)

.....zł

Oświadczam iż:

1. w ramach proponowanej ceny uwzględniono wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia w tym pochodnych po stronie Zamawiającego (jeśli dotyczy), zgodnie z Zapytaniem ofertowym nr HRPC/08/2021;
2. w ramach proponowanej ceny spełnione zostaną warunki w Zapytaniu ofertowym nr HRPC/08/2021;
3. zapoznałem/-am się z Zapytaniem ofertowym nr HRPC/08/2021, w ramach którego składana jest oferta i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
4. zaproponowana cena obowiązywać będzie w całym okresie trwania umowy;
5. zobowiązujemy się w przypadku przyznania zamówienia, w ramach Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

.....
Miejsce, dnia

.....
Czytelny podpis Oferenta
oraz pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

³ Dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności w zakresie zamówienia, składających ofertę osobiście

Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021

....., dnia

.....
Dane teleadresowe Wykonawcy

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia w ramach zapytania ofertowego **HRPC/08/2021** oświadczam, że nie zachodzą okoliczności wyłączające mnie z ubiegania się o zamówienie, w szczególności:

1. nie wszczęto wobec mnie postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono mojej upadłości,
2. nie zalegam z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
3. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej niezakłóconą realizację zamówienia,
4. nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo, przy czym 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 Oferentem, polegające w szczególności na:
 - 4.1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
 - 4.2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
 - 4.3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, 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. Jestem świadomy, że przesłanki te dotyczą sytuacji, gdy ustało małżeństwo, kuratela, przysposobienie lub opieka
 - 4.4. pozostawaniu z Zamawiającym w stosunku nadrzeczności służbowej.

Oświadczam, że posiadam/ kadra (każda osoba) wytypowana do pełnienia usługi posiada:

1. posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego,
2. minimum dwuletnie doświadczenie zawodowe na stanowisku opiekuna medycznego

.....
czytelny podpis Wykonawcy

Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021

.....
imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE⁴

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1. moje łączne zaangażowanie zawodowe⁵ w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł i innych podmiotów, w okresie realizacji przedmiotu zamówienia, nie przekroczy łącznie z zaangażowaniem w realizację przedmiotu zamówienia 276 godzin miesięcznie i nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji przedmiotu zamówienia.
2. zobowiązuje się do aktualizacji informacji określonych w pkt 1 w chwili wystąpienia zmiany.

.....
Miejsce, dnia

.....
Czytelny podpis Oferenta
oraz pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

⁴ dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej w zakresie przedmiotowego zamówienia.

⁵ dotyczy wszelkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności w ramach stosunku pracy, stosunku cywilnoprawnego i samozatrudnienia, o którym mowa w „Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”, zaangażowania w ramach prowadzenia własnej działalności gospodarczej.

Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021
**CURRICULUM VITAE KADRY
(OPIEKUNA MEDYCZNEGO)**

Załącznik nr 4 należy złożyć w takiej liczbie egzemplarzy w jakiej wskazano kadrę w załączniku 1 (do każdej wymienionej tam z imienia i nazwiska opiekuna medycznego powinien zostać złożony załącznik nr 4).

Imię i nazwisko opiekuna medycznego

Wykształcenie⁶:

Instytucja Data: od (miesiąc / rok) do (miesiąc / rok)	Uzyskane stopnie lub dyplomy:

Doświadczenie zawodowe na stanowisku opiekuna medycznego:

Daty: od mm-rr do mm-rr	Nazwa instytucji	Stanowisko, opis obowiązków
Łączna liczba lat doświadczenia zawodowego na stanowisku opiekuna medycznego:		

W celu potwierdzenia spełnienia wymaganych kwalifikacji, Zamawiający zastrzega sobie prawo zażądania od wybranych kandydatów przedłożenia dyplomów, a także innych dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie i kwalifikacje na etapie podpisywania umowy.

Na zasadzie art. 6 ust. 1 pkt. A RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie złożonej w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr HRPC/08/2021 ogłoszone przez HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, 90-349, przy ul. Tymienieckiego 19A w ramach projektu pod tytułem „Przepis Na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielných z obszaru ŁOM” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020, Działanie: 9.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne - ZIT. Wsparcie udzielane jest z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Administratorem moich danych jest HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, 90-349 przy ul. Tymienieckiego 19 A. W sprawie danych osobowych mogę się kontaktować z inspektorem ochrony danych pod nr tel. 600 499 192. Moje dane osobowe będą przetwarzane do momentu zakończenia procesu naboru kandydatów.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że wyrażenie zgody na udział w naborze jest dobrowolne oraz że mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem. Mam prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego w przypadku niezgodnego z prawem przetwarzania moich danych.

Odbiorcami moich danych mogą być wyłącznie osoby upoważnione na podstawie przepisów prawa. Moje dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani nie będą podlegały procesowi profilowania.

.....
Miejsce, dnia

.....
Czytelny podpis Oferenta

⁶ posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego

