

Puławy, 30.12.2019r.

ZAPYTANIE OFERTOWE NR 2/TP/2019
na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach zaprasza do złożenia oferty na realizowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z przedstawioną poniżej specyfikacją.

1. Zamawiający:

Gmina Puławy/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach, ul. Dęblińska 4, 24-100 Puławy
e-mail do kontaktu: gops@gops.pulawy.pl

2. Okres realizacji świadczeń 15.01.2020-31.12.2020

3. Tryb udzielenia zamówienia: postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego o wartości nieprzekraczającej kwoty wskazanej w art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2019r. poz. 1843 z późn. zm.).

4. Wspólny Słownik Zamówień (CPV): 85142100-7 Usługi fizjoterapii.

5. Miejsce realizacji zamówienia: Usługi będą realizowane w miejscu zamieszkania pacjentów, w miejscowościach na terenie Gminy Puławy.

6. Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest realizowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej osób dorosłych w warunkach domowych w stosunku do mieszkańców Gminy Puławy - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej – w stosunku do osób dorosłych w warunkach domowych, mieszkańców Gminy Puławy.

Przewidywana liczba godzin świadczeń w okresie realizacji umowy – 240 (1 godzina=60 minut).
Szacunkowa liczba osób (świadczeniobiorców) - 10.

Świadczenia obejmują:

- a) poradę lekarską rehabilitacyjną oraz
- b) fizjoterapię domową realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny.

Porada lekarska rehabilitacyjna obejmuje wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie;
- 2) skierowanie na konsultację i badania dodatkowe;
- 3) określenie zakresu ruchu w stawach;
- 4) testy czynnościowe;
- 5) ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania;
- 6) ocenę czucia powierzchownego i głębokiego;
- 7) ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych;
- 8) pomiar długości kończyn i obwodów;
- 9) ocenę chodu i lokomocji;
- 10) ocenę samoobsługi i samodzielności;
- 11) ocenę deformacji i zniekształceń;
- 12) ocenę deformacji, cech dysmorfii ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych;
- 13) ocenę percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem, ocenę spastyczności;

- 14) badania przesiewowe w kierunku depresji;
- 15) badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji;
- 16) interpretację badań diagnostycznych i obrazowych;
- 17) ocenę bezpieczeństwa i ryzyka upadku;
- 18) planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji;
- 19) punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe;
- 20) zlecenie na wyroby medyczne zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.4));
- 21) zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego);
- 22) skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe;
- 23) końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje:

- 1) zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem;
- 2) ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii;
- 3) badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii;
- 4) końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii;
- 5) udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Zabiegi fizjoterapeutyczne obejmują (rodzaj, liczba oraz czas trwania poszczególnych zabiegów jest określana przez lekarza w skierowaniu):

1. Kinezyterapia

1.1. indywidualna praca ze świadczeniobiorcą (w szczególności: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) – nie mniej niż 30 minut

1.2. ćwiczenia wspomagane – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut

1.3. pionizacja

1.4. ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - czas trwania zabiegu – minimum 15 minut

1.5. ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut

1.6. ćwiczenia izometryczne – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut

1.7. nauka czynności lokomocji – czas trwania zabiegu – minimum 15 minut

1.8. wyciągi

1.9. inne formy usprawniania (kinezyterapia) - czas trwania zabiegu – minimum 15 minut

2. Masaż

2.1. masaż suchy – częściowy – minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym minimum 15 minut czynnego masażu

2.2. masaż limfatyczny ręczny – leczniczy

2.3. masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy

3. Elektrolecznictwo

3.1. galwanizacja

3.2. jonoforeza

3.3. elektrostymulacja

3.4. tonoliza

3.5. prądy diadynamiczne

3.6. prądy interferencyjne

3.7. prądy TENS

3.8. prądy TRAEBERTA

3.9. prądy KOTZA

3.10. ultradźwięki miejscowe

3.11. ultrafonoforeza

4. Leczenie polem elektromagnetycznym

- 2.1. impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
- 5. Światłolecznictwo i termoterapia
- 5.1. naświetlanie promieniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym miejscowe
- 5.2. laseroterapia – skaner
- 5.3. laseroterapia punktowa
- 6. Balneoterapia
- 6.1. okłady z borowiny – miejscowe
- 6.2. zabiegi fizykoterapeutyczne.

Termin realizacji zamówienia: 15.01.2020r. do 31.12.2020r., przy czym dokładny harmonogram realizacji świadczeń określający dni oraz godziny będzie uzależniony od planu postępowania fizjoterapeutycznego i zostanie ustalony wspólnie z Wykonawcą. Harmonogram realizacji świadczeń zakłada możliwość pracy w godzinach popołudniowych oraz w soboty.

UWAGA: Zamawiający zastrzega, iż termin wykonania zamówienia może ulec opóźnieniu o czym poinformuje Wykonawcę niezwłocznie po zaistnieniu sytuacji powodującej opóźnienie czasowe.

Rozliczenie wykonania umowy następować będzie na podstawie *Karty czasu pracy* oraz *Protokołu potwierdzającego wykonanie zadania*. *Karta czasu pracy* potwierdza liczbę godzin świadczeń zrealizowanych w danym miesiącu (zgodnie z harmonogramem) oraz rodzaj świadczeń zrealizowanych w każdej godzinie. Świadczeniobiorca lub jego opiekun potwierdza realizację świadczeń w każdym dniu poprzez złożenie podpisu. *Protokół* potwierdza zgodność wykonania zadania z umową, jest podpisywany przez Wykonawcę oraz Zamawiającego. *Karta czasu pracy* oraz *Protokół* stanowi załącznik do umowy. Przedłożenie prawidłowo wypełnionej *Karty czasu pracy* oraz podpisanie *Protokołu* stanowić będzie warunek niezbędny do obliczenia i wypłaty wynagrodzenia za zrealizowane usługi w danym miesiącu. Wykonawca prowadzi dokumentację medyczną pacjenta zgodnie z odrębnymi przepisami.

7. Warunki udziału w postępowaniu

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają wszystkie warunki udziału w postępowaniu (**załącznik nr 2**), w szczególności dotyczące:

1) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;

2) Wykonawca zapewnia, że posiada uprawnienia, kwalifikacje i doświadczenie odpowiednie do świadczenia w/w usług, tj. w szczególności:

- jest podmiotem leczniczym w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;

- spełnia wymagania dotyczące świadczeniodawcy w zakresie personelu oraz wyposażenia – zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;

- świadczenia stanowiące przedmiot zamówienia będą udzielane osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z:

a) ustawą z dnia 25 września 2015r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. Poz. 1994 ze zm.);

b) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011, nr 151, poz. 896);

c) załącznikiem pt. *Potencjał wykonawczy wykonawcy*, którego wzór określony jest w **załączniku nr 4**.

2. Wykonawca nie może być powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym - Wykonawca przedłoży oświadczenie (**załącznik nr 3**).

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:

- 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, pełnomocnika;
- 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.

Warunkiem udziału w postępowaniu jest przedłożenie:

formularza ofertowego stanowiącego załącznik do zapytania ofertowego wraz z załącznikami.

8. Kryteria wyboru ofert

a) cena – 80% (weryfikowana na podstawie ceny w formularzu oferty)

Kryterium „Cena brutto” będzie oceniane wg wzoru: $C = C_{min} / C_{of} \times 80$, gdzie:

C_{min} . –oznacza cenę brutto oferty zawierającej najniższą cenę,

C_{of} . –oznacza cenę brutto oferty ocenianej.

Cena będzie obejmowała wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia (w tym dojazd).

Podana cena będzie stała przez okres realizacji przedmiotu zamówienia.

Ocenie podlegała będzie podana cena za 1 godzinę zegarową usługi.

b) doświadczenie, tj. okres realizowania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie bezpośrednio poprzedzającym dzień złożenia oferty – zgodnie z załącznikiem pt. *Wykaz doświadczenie wykonawcy*, który stanowi **załącznik nr 5** – maksymalnie 20%, według następującej wagi.

- okres, o którym mowa w pkt. b) wynosi co najmniej 2 lata – 20 pkt.
- okres, o którym mowa w pkt. b) wynosi co najmniej 1 rok – 10 pkt.
- okres, o którym mowa w pkt. b) wynosi co najmniej pół roku – 5 pkt.

Maksymalna liczba punktów: 100.

9. Termin i miejsce składania ofert

Oferta powinna być wydrukowana na druku załączonego formularza ofertowego i złożona wraz z załącznikami w terminie do **08.01.2020r. do godziny 15:00** bezpośrednio w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Puławach, ul. Dęblińska 4, 24-100 Puławy, pok. 109 lub pocztą na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach, ul. Dęblińska 4, 24-100 Puławy z dopiskiem: „Oferta na realizowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji”. Decyduje data wpływu. Oferty, które wpłyną po wyznaczonym terminie składania ofert nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone Wykonawcom bez ich otwierania.

10. Termin i miejsce otwarcia ofert

9.01.2020r., godz. 9.00, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach, ul. Dęblińska 4, 24-100 Puławy, pok. 109.

11. Pozostałe warunki

1. Zamawiający odrzuca ofertę, jeżeli:

- a) jej treść nie odpowiada warunkom zamówienia, w szczególności ze względu na jej niezgodność z opisem przedmiotu zamówienia, brak załączników (oświadczeń i

dokumentów) wymaganych pod rygorem odrzucenia oferty lub też, gdy złożone załączniki nie potwierdzają spełniania przez wykonawcę warunków udziału w postępowaniu,

- b) jej złożenie stanowi czyn nieuczciwej konkurencji,
- c) jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów.

2. Zamawiający może unieważnić postępowanie bez podania przyczyny.

3. Jeżeli Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana, odstąpi od zawarcia umowy, Zamawiający może wybrać kolejną najkorzystniejszą ofertę.

12. Dodatkowe postanowienia

1. Zamawiający po dokonaniu oceny nadesłanych ofert dokona wyboru najkorzystniejszej oferty, co zostanie udokumentowane protokołem postępowania o udzielenie zamówienia.

2. Informacja o wyniku postępowania zostanie umieszczona na stronie BIP Zamawiającego.

3. Zapłata za zrealizowaną usługę nastąpi na podstawie sporządzanej przez Wykonawcę raz w miesiącu faktury VAT/rachunku, po przedłożeniu *Karty czasu pracy*, podpisaniu *Protokołu potwierdzającego wykonanie zadania* oraz po przekazaniu Zamawiającemu wszelkiej wymaganej dokumentacji dotyczącej przedmiotu zamówienia.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Wykonawcy z wnioskiem o wyjaśnienie, jeśli uzna, że złożona oferta budzi wątpliwości, co do spełniania warunków udziału w procedurze, jakości przedstawianej oferty lub poprawności przygotowanej oferty. W przypadku niezłożenia w terminie wymaganych wyjaśnień, oferta będzie uznana za nieważną i zostanie odrzucona przez Zamawiającego.

5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji prawdziwości danych podanych w załączniku nr 4 poprzez zwrócenie się do oferenta o przedłożenie dokumentów potwierdzających prawdziwość tych danych. W przypadku nieprzedłożenia w terminie wymaganych dokumentów, oferta będzie uznana za nieważną i zostanie odrzucona przez Zamawiającego.

6. Termin związania ofertą: 30 dni od terminu złożenia oferty.

13. Warunki dokonania zmiany umowy

1. Zamawiający przewiduje możliwość zmiany umowy, w przypadku gdy nastąpi zmiana powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu umowy.

2. Zamawiający przewiduje możliwość zmiany umowy, w przypadku zaistnienia okoliczności spowodowanych czynnikami zewnętrznymi, np. siła wyższa, nieprzewidziane warunki pogodowe oraz inne okoliczności zewnętrzne mogące mieć wpływ na realizację postanowień umowy.

14. Osoba wyznaczona przez Zamawiającego do kontaktów w sprawie zapytania ofertowego:

Tomasz Włodek, adres e-mail: twlodek@gops.pulawy.pl, nr tel. 512 430 215

KLAUZULA INFORMACYJNA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz.U.UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/a danych jest **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach (ul. Dęblińska 4, 24-100 Puławy, tel. 81 889 05 06).**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Pani/a dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia zamówienia publicznego.
- 4) Podstawą przetwarzania Pani/a danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
- 5) Pani/a dane będą przechowywane przez okres obowiązywania umowy a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydane na jej podstawie jednolitego rzeczowego wykazu akt, tj. przez okres 10 lat.

- 6) Pani/a dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 7) W związku z przetwarzaniem Pani/a danych osobowych, przysługują Pani następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
 - a) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - b) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - c) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Panią/a danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem możliwości zawarcia lub kontynuowania umowy.
- 9) Pani/a dane są lub mogą być przekazywane podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub mogą zostać przekazane na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych podmiotowi zewnętrznemu, który świadczy na rzecz administratora obsługę informatyczną lub prawną.

Załączniki:

1. Formularz ofertowy na wykonanie zamówienia;
2. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu;
3. Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych;
4. Potencjał wykonawczy wykonawcy;
5. Wykaz doświadczenia wykonawcy.

FORMULARZ OFERTOWY NA WYKONANIE ZAMÓWIENIA

Dotyczy zapytania ofertowego Gminy Puławy/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Puławach nr 2/TP/2019 z 30.12.2019r. na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej:

Dane Wykonawcy:

.....
.....
.....
.....

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w zapytaniu ofertowym nr 2/TP/2019 z 30.12.2019r. za następującą cenę:

cena za 1 godzinę (60 min.) rehabilitacji leczniczej osób dorosłych w warunkach domowych w stosunku do mieszkańców Gminy Puławy - w okresie od 15.01.2020r. do 31.12.2020r. (w tym dojazd własnym środkiem transportu):

netto: zł (słownie: zł);

brutto: zł (słownie: zł).

Oświadczenia Wykonawcy

Oświadczam, że:

- kwoty wymienione w ofercie Wykonawcy obejmują wszelkie koszty Wykonawcy związane z realizacją przedmiotu zamówienia;
- zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, akceptując wszystkie postanowienia w nim zawarte oraz uzyskałam/em konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty;
- w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego

.....
Miejscowość i data

.....
(podpis)

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 2/TP/2019

Dotyczy zapytania ofertowego Gminy Puławy/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Puławach nr 2/TP/2019 z 30.12.2019r. na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej:

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Ja niżej podpisany/a

.....,

oświadczam, że spełniam wszystkie wymagane warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu ofertowym, tj.:

1) posiadam kompetencje i uprawnienia do prowadzenia działalności zawodowej w zakresie świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych;

2) posiadam uprawnienia, kwalifikacje i doświadczenie odpowiednie do świadczenia w/w usług, tj. w szczególności:

- jestem podmiotem leczniczym w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;

- spełniam wymagania dotyczące świadczeniodawcy w zakresie personelu oraz wyposażenia – zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;

- świadczenia stanowiące przedmiot zamówienia będą udzielane osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z:

a) ustawą z dnia 25 września 2015r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. Poz. 1994 ze zm.);

b) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011, nr 151, poz. 896);

c) załącznikiem pt. Potencjał wykonawczy wykonawcy, którego wzór określony jest w załączniku nr 4.

.....
Miejscowość i data

.....
(podpis osoby upoważnionej)

Dotyczy zapytania ofertowego Gminy Puławy/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Puławach nr 2/TP/2019 z 30.12.2019r. na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej:

Dane Wykonawcy:

.....
.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany(a),
oświadczam, że 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), stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
Miejscowość i data

.....
(podpis osoby upoważnionej)

Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego nr 2/TP/2019

Dotyczy zapytania ofertowego Gminy Puławy/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Puławach nr 2/TP/2019 z 30.12.2019r. na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej:

Personel

Lp.	Imię i nazwisko	uprawnienia zawodowe	uwagi

Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego nr 2/TP/2019

Dotyczy zapytania ofertowego Gminy Puławy/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Puławach nr 2/TP/2019 z 30.12.2019r. na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej:

Wykaz doświadczenia Wykonawcy

Dane Wykonawcy:

.....
.....
.....
.....

Okres realizowania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie bezpośrednio poprzedzającym dzień złożenia oferty

lp	data zawarcia i nr umowy z NFZ	rodzaj świadczeń/zakres świadczeń	okres realizacji umowy (od... do...)	miejsce realizacji (województwo, gmina)	wartość punktowa świadczeń zrealizowanych w warunkach domowych

Oświadczam, że na każde żądanie Zamawiającego po podpisaniu umowy dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość niniejszego oświadczenia. Będąc świadomym odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 § 1 kodeksu karnego, oświadczam, iż dane powyższe są zgodne z prawdą i stanem faktycznym możliwym do ustalenia na podstawie posiadanej przez Wykonawcę dokumentacji.

.....
Miejscowość i data

.....
(podpis osoby upoważnionej)