

Znak sprawy: DPZ.42.30.12.2022.1.KNA

ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na realizację zadania:

„Prowadzenie edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki raka piersi, w ramach Programu pn. Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszkank Wrocławia” – nabór uzupełniający

Postępowanie prowadzone zgodnie z regulaminem udzielania zamówień publicznych o wartości mniejszej niż 130 000 złotych

1. Zamawiający:

Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu VI Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem KRS: 0000062603, adres: ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław, NIP: 8942460800, REGON: 000313331, BDO 000117707

2. Opis przedmiotu zamówienia oraz zakres zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest: **„Prowadzenie edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki raka piersi, w ramach Programu pn. Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszkank Wrocławia” - nabór uzupełniający**

Szczegółowe warunki zamówienia:

Miejsce realizacji zlecenia: Podmioty medyczne na terenie Miasta Wrocławia lub inne miejsca, w których przebywają duże skupiska kobiet.

Termin realizacji zlecenia: od marca 2023 do 30.11.2023. Termin realizacji zlecenia może ulec wydłużeniu według zapotrzebowania zgłaszanego przez WCZ SP ZOZ.

Dodatkowo: Zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia ilości godzin pracy realizatorów do 50 % wartości umowy z zachowaniem warunków określonych w złożonej ofercie.

Zakres zadań:

- a) Zorganizowanie na terenie Podmiotu Medycznego Punktu Edukacji Zdrowotnej. Dopuszcza się również prowadzenie Punktów Mobilnych np. szkołach, podczas pikników, festynów.
- b) Prowadzenie naboru do Punktu Edukacji Zdrowotnej.
- c) Prowadzenie edukacji zdrowotnej kobiet dotyczącej problemów zdrowotnych w poszczególnych okresach życia, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki nowotworów piersi, raka szyjki macicy. W ciągu godziny należy przyjąć minimum 3 osoby a nie więcej niż 4. W przypadku większego zainteresowania dopuszcza się prowadzenie edukacji w grupach 4-5 osobowych.

- d) Wykonanie palpacyjnego badania piersi kobietom zgłaszającym się do Punktu Edukacji Zdrowotnej.
- e) Przeprowadzenie szczegółowego instruktażu dotyczącego zasad i techniki samobadania piersi oraz samoobserwacji.
- f) Dokumentowanie wizyty każdej pacjentki zgodnie z przyjętą procedurą.
- g) Informowanie pacjentek o możliwości korzystania z konsultacji onkologicznej i badań specjalistycznych w ramach Programu profilaktyki raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia.
- h) Wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych i zakładanie książeczki, wydawanie skierowań
- i) Wykonanie kontrolnych badań piersi kobietom, które z powodów emocjonalnych, psychologicznych lub obniżonej sprawności fizycznej nie mogą badania wykonać samodzielnie.
- j) Informowanie kobiet o programach : profilaktyki raka szyjki macicy dla kobiet w wieku 25-59 lat, Programie profilaktyki raka piersi u kobiet w wieku 50-69 lat.
- k) Dbanie o estetykę i odpowiednie wyposażenie Punktu Edukacji Zdrowotnej.
- l) Udział w szkoleniach i zebraniach dotyczących realizacji programu.
- m) Prowadzenie i archiwizacja dokumentacji medycznej i sprawozdawczej.
- n) Prowadzenie dokumentacji merytoryczno-finansowej w celu rozliczenia się z wykonanych zadań i ilości przepracowanych godzin.

3. Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca:

- a) wykształcenie kierunkowe:
 - pielęgniarka z ukończonymi szkoleniami w zakresie profilaktyki raka piersi
 - położna
- b) minimum 4-letnie doświadczenie w edukacji dotyczącej profilaktyki raka piersi
- c) aktualne obowiązujące dla danego stanowiska orzeczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do zatrudnienia lub podpisane oświadczenia o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do zatrudnienia (załącznik nr 3)
- d) zaświadczenie o przeszkoleniu BHP lub podpisane oświadczenie (dotyczy Realizatorów ubiegających się o udzielanie edukacji zdrowotnej na terenie placówek Wrocławskiego Centrum Zdrowia)

4. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia kryteriów i sposobu oceny ofert oraz opis sposobu obliczenia ceny.

Cena „C” za 1 godzinę – 100 %

5. Rozstrzygnięcie postępowania i zlecenie realizacji zamówienia:

Wybór najkorzystniejszych ofert zostanie dokonany niezwłocznie.

Po wyborze najkorzystniejszych ofert Zamawiający zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty o wyborze najkorzystniejszych ofert, podając nazwę i adresy Oferentów, których oferty wybrano.

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszych ofert zostaną zawarte umowy z Oferentami. W przypadku odmowy wykonania umowy przez wyłonionego Oferenta, dopuszcza się możliwość zawarcia przez Zamawiającego umowy z oferentem, którego oferta została porównana i oceniona jako kolejna najbardziej korzystna.

Zamawiający ma prawo do wezwań o wyjaśnienia zaoferowanej ceny oraz zamknięcia postępowania bez podawania przyczyny i wybrania którejkolwiek z ofert.

6. Sposób przygotowania ofert, miejsce i termin ich składania:

Oferty należy składać w formie pisemnej **do dnia 22.02.2023 do godz. 10.00** w sekretariacie **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28.**

Dokumenty będą przyjmowane w dni powszednie w godzinach 9:00-14:00

Zamawiający **dopuszcza również** składanie ofert: e-mailem w formie skanu na adres: knahorska@spzoz.wroc.pl

7. Opis warunków udziału w postępowaniu:

Zamawiający wymaga w stosunku do Wykonawców przedstawienia w ofercie:

- wypełnionego formularza ofertowego zgodnie z załącznikiem nr 1, złożenia Oświadczenia o nieodpłatnym udostępnieniu pomieszczeń, oświadczenia o posiadaniu aktualnych badań lekarza medycyny pracy.

Termin związania z ofertą: 30 dni od upływu terminu do składania ofert

Zamawiający wskazuje, że zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 152) przed zawarciem umowy dokona ustaleń czy dane zleceniobiorcy są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na tle Seksualnym z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw wyjaśniania przypadków czynności skierowanych przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wobec małoletniego poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze.

8. Sposób prowadzenia korespondencji w sprawie niniejszego zamówienia:

pisemnie na adres: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław

a) e-mailem: knahorska@spzoz.wroc.pl

b) osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami:

— Kamila Nahorska, tel. 71 335-29-60

9. Warunki płatności za przedmiot zamówienia: określone w umowie

Załączniki do zapytania ofertowego:

1. Formularz ofertowy
2. Podpisane przez Dyrekcję Placówki Oświadczenie o nieodpłatnym udostępnieniu pomieszczenia dla Punktu Edukacji Zdrowotnej
3. Oświadczenie
4. Klauzula Rodo

Pracownik merytoryczny:
Kamila Nahorska

Zatwierdził:
Dyrektor W CZ SP ZOZ
Wojciech Skiba

Wrocław, dnia, 09.02.2023

r.

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ
Ul. Podróźnicza 26/28
53-208 Wrocław

tel. 71/335-29-69/60
tel./fax 71/335-29-68

FORMULARZ OFERTOWY

1. Realizacja zlecenia:

.....

.....

.....

.....

2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:

.....

.....

.....

3. Adres:

miejsowość

kod pocztowy

.....

ulica i numer lokalu

.....

telefon

.....

e-mail

4. PESEL:

5. NIP: (dla osób prowadzących działalność gospodarczą)

6. Regon: (dla osób prowadzących działalność gospodarczą)

7. Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:

.....

.....

.....

.....

8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:

.....

.....

.....

9. Harmonogram pracy 2023 r.:

L.P.	Nazwa placówki/Dzielnica	Dzień tygodnia	Godziny realizacji zadania	Planowana liczba godzin
1.				

- Oferent oferuje możliwość prowadzenia edukacji np. w trakcie pikników, szkoleń, wykładów itp. w soboty/niedziele lub inne dni tygodnia według zapotrzebowania zgłoszonego przez W CZ SP ZO Z za
(wpisać stawkę za godzinę)

10. Oferent zapewnia o równym traktowaniu uczestników, w tym dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami:

- **w zakresie dostępności architektonicznej** (proszę opisać czy placówka, w której realizowane będzie zadanie, posiada dostosowanie architektoniczne przestrzeni dla osób ze szczególnymi potrzebami w tym np.: podjazdy, windy, dostosowane toalety)

.....
.....

- **w zakresie dostępności cyfrowej** (proszę opisać czy placówka, w której realizowane będzie zadanie, posiada stronę internetową zgodną z wytycznymi dotyczącymi dostępności treści internetowych w wersji WCAG 2.1 i czy będzie na w/w stronie udostępniana informacja o prowadzonym zadaniu, bądź czy dana informacja udostępniana będzie tylko za pomocą strony internetowej Zamawiającego)

.....
.....

- **w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej** (proszę opisać w jaki sposób i za pośrednictwem jakich narzędzi możliwa będzie realizacja zadania dla osób niesłyszących lub słabosłyszących, osób niewidzących lub niedowidzących)

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

11. Oferowana kwota brutto w złotych polskich za jedną godzinę pracy:

..... zł brutto , słownie: zł
(kwota)

11. Kosztorys rok 2023

..... x zł = zł
(ilość godzin) (stawka za godzinę) (łączna kwota)

Słownie : zł

12. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy wyborze oferty:

.....
.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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).

.....
pieczętka / podpis oferenta

Załącznik nr 2

.....
Pieczęć placówki medycznej

Wrocław dn.....

.....
Adres Punktu Edukacji Zdrowotnej

.....
Telefon

**Sz. P.
Wojciech Skiba
Dyrektor
Wrocławskiego Centrum Zdrowia
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
ul. Podróźnicza 26/28
53-208 Wrocław**

Uprzejmie informuję, że w okresie od do

W
(nazwa placówki)

czynny będzie Punkt Edukacji Zdrowotnej w następujących dniach i godzinach:

.....

Dyżur w Punkcie pełnić będzie :
(imię i nazwisko pielęgniarki /położnej)

Planowana liczba godzin dyżurów w roku 2023 wynosić będzie: godz.

Placówka zobowiązuje się do nieodpłatnego udostępnienia pomieszczenia odpowiadającego wymogom Punktu tj. odrębne pomieszczenie gwarantujące warunki sanitarne, lustro oraz kozetkę do badania.

Materiały edukacyjne niezbędne do realizacji programu oraz koszty pracy pielęgniarki /położnej finansowane będą ze środków Gminy Wrocław.

Z poważaniem

Załącznik nr 3

Wrocławskie Centrum Zdrowia
Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ul. Podróżnicza 26-28
53-208 Wrocław

OŚWIADCZENIE.

Ja niżej podpisany(a)

urodzony(a) w

wykonujący(a) pracę na innej podstawie niż stosunek pracy we Wrocławskim Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Podróżnicza 26-28, 53-208 Wrocław oświadczam, że posiadam (nie posiadam) aktualne obowiązujące dla mojego stanowiska zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia oraz aktualne wymagane szkolenia bhp.

Jednocześnie zobowiązuję się przedstawić wspomniane zaświadczenia na każde żądanie

.....

data i podpis