Poznań, dnia 11 lutego 2021 r.

Znak sprawy: I.221. 3 .2021

**ZAPYTANIE CENOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Zamawiającym jest: | **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** |
| Adres:  | **ul. Słowackiego 8, 60-823 POZNAŃ** |
| Adres URL: | [**http://pcpr.powiat.poznan.pl/**](http://pcpr.powiat.poznan.pl/) |
| Adres e-mail: | **sekretariat**@pcpr.powiat.poznan.pl |
| Godziny urzędowania: | **poniedziałek: 8:00-16:00****wtorek – piątek 7:30-15:30** |
| Telefon: | **(061) 841 07 10** |
| Fax: | **(061) 841 07 11** |

 Osoby upoważnione ze strony Zamawiającego do kontaktów z Wykonawcami:

|  |  |
| --- | --- |
| w sprawach procedury i sprawach merytorycznych: | **Joanna Chałajdziak / Anna Szymanowicz** |
| Fax: | **(061) 2269 206** |
| Adres e-mail: | **joanna.chalajdziak@pcpr.poznan.pl****anna.szymanowicz@pcpr.poznan.pl** |

1. **Opis Przedmiotu zamówienia**:
2. Przedmiotem zamówienia jest **przeprowadzenie indywidualnych konsultacji psychologicznych
i pedagogicznych dla dzieci, młodzieży i rodzin zastępczych, zapewnienie specjalistycznej pracy terapeutycznej nad relacją opiekun-dziecko oraz sporządzenie diagnoz psychofizycznych dzieci przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej na terenie powiatu poznańskiego**
3. Zamówienie powinno być zrealizowane według poniższych wytycznych:
	1. Zamawiający wymaga, aby zajęcia realizowane były na terenie miasta Poznania.
	2. Każda ze wskazanych przez tut. PCPR osób powinna uzyskać odpowiednie wsparcie, na które zostanie skierowana.
	3. Diagnoza psychofizyczna

- powinna uwzględniać dane osobowe dziecka i opiekunów, spis narzędzi badawczych i metod diagnostycznych oraz analizy: przyczyn kryzysu w rodzinie biologicznej i wpływu tego kryzysu na rozwój dziecka (poznawczego, fizycznego, emocjonalnego, społecznego, edukacyjnego), mocnych stron dziecka w zakresie opiekuńczym, rozwojowym (fizycznym i poznawczym), emocjonalnym
i społecznym.;

- powinna być poprzedzona badaniami

* 1. Każdy opiekun dziecka, dla którego sporządzana jest diagnoza powinien odbyć konsultację psychologiczną omawiającą wyniki badań i końcowe wnioski oraz otrzymać egzemplarz diagnozy psychofizycznej. Drugi egzemplarz winien zostać przekazany do PCPR.
	2. Całość pracy specjalisty nad diagnozą psychofizyczną na którą składają się zgodnie z pkt. 2.3.
	i 2.4. badania, sporządzenie dokumentu „diagnoza psychofizyczna” oraz konsultacje
	z opiekunem, powinna trwać nie dłużej jak 10 godzin, przy czym zamawiający dopuszcza wydłużenie czasu na badanie w szczególnie uzasadnionych przypadkach za jego zgodą.
	3. Podmiot realizujący zamówienie powinien prowadzić ewidencję rodzin zastępczych
	i dzieci objętych wsparciem psychologicznym.
	4. Planowana liczba godzin wsparcia:

- indywidualne konsultacje psychologiczne / pedagogiczne dla dzieci, młodzieży i rodzin zastępczych – do 50 godzin

- specjalistyczna praca terapeutyczna nad relacją opiekun-dziecko – do 100 godzin

- diagnozy psychofizyczne dzieci przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej – do 240 godzin (tj. łączny czas badania, sporządzania dokumentu i konsultacji)

1. **Termin realizacji**: do 14.12.2021 r. (dot. zadania wraz z wydaniem osobom badanym omówionych
z nimi wcześniej diagnoz zawierających informacje jak w pkt. 2.3. i przekazaniem diagnozy psychofizycznej do PCPR)

Termin rozpoczęcia – do uzgodnienia z Wykonawcą, jednak nie później niż 1 marca 2021 r.

1. **Warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki udziału w postępowaniu | Opis sposobu dokonywania oceny spełnienia tych warunków |
| 1. | Kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej | Warunek posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności zostanie spełniony jeżeli Wykonawca przedłoży dokument potwierdzający wpis do KRS lub CEIDG |
| 2. | Wiedza i doświadczenie  | Warunek posiadania wiedzy i doświadczenia zostanie spełniony jeżeli Wykonawca,w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykaże wykonanie minimum 3 tożsamych lub podobnych rodzajowo zamówień potwierdzone pozytywnymi referencjami – zgodnie z załącznikiem nr 2. |
| 3. | Zdolność techniczna | Warunek dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym zostanie spełniony jeżeli Wykonawca wykaże dysponowanie odpowiednią bazą lokalową zapewniającą warunki do wsparcia psychologicznego – zgodnie z załącznikiem nr 4 |
| 4. | Zdolność zawodowa | Warunek dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia zostanie spełniony jeżeli Wykonawca wykaże, że dysponuje osobą posiadającą:- wykształcenie wyższe na kierunku psychologia- minimum dwuletnie doświadczenie w poradnictwie rodzinnym.Zamawiający wymaga dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje (dopuszcza się kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez oferenta) – zgodnie z załącznikiem nr 3 |

Rozpatrywane będą oferty sporządzone w formie pisemnej lub przesłane e-mailem.

1. **Opis kryteriów wyboru oferty**

Wybór najkorzystniejszej oferty dla każdej z części zostanie dokonany w oparciu kryterium „cena”, której znaczenie wynosi 80% oraz doświadczenie, którego znaczenie wynosi 20%.

Obliczenie punktów w kryterium „cena” zostanie dokonana w oparciu o następujący wzór:

C = (C min / C x ) x 80

gdzie: C - liczba punktów w kryterium „cena”

 C min - najniższa cena spośród złożonych ofert (cena łączna za maksymalne wsparcie psychologiczne rodzin)

 Cx - cena oferty badanej (cena łączna za maksymalne wsparcie psychologiczne rodzin)

Przyznanie punktów za doświadczenie w realizacji szkoleń dla rodziców odbędzie się na podstawie poniższego kryterium:

Obliczenie punktów w kryterium „doświadczenie” zostanie dokonana w oparciu
o następujący wzór:

D = (Dx / Dmax ) x 20

gdzie: D - liczba punktów w kryterium „doświadczenie”

 Dmax - najwyższe doświadczenie spośród złożonych ofert

 Dx - doświadczenie oferty badanej

Przez „doświadczenie” rozumie się doświadczenie Wykonawcy wymienione zgodnie z załącznikiem nr 2 do Zapytania ofertowego oraz spełniające kryteria określone w rozdz. III pkt 2 tabeli.

Oferta niepodlegająca odrzuceniu złożona przez Wykonawcę, która uzyska największą liczbę punktów - maksymalnie 100 - zostanie uznana, jako najkorzystniejsza. Pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Wszystkie obliczenia będą wykonane z dokładnością do 0,01.

1. Miejsce i termin złożenia oferty : Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Słowackiego 8, 60-823 POZNAŃ (I piętro) – sekretariat pokój 122 lub mailowo na adres: sekretariat@pcpr.powiat.poznan.pl. Termin składania ofert: 19.02.2021 r. do godz. 12:00
2. Termin otwarcia ofert : 19.02.2021 r., godz. 12:15
3. Warunki płatności: Wynagrodzenie za realizację zadania odbędzie się etapowo w układzie miesięcznym na podstawie rzeczywistego wymiaru świadczenia usług i prawidłowo wystawionej faktury wraz z dołączonymi odpowiednimi dokumentami wymienionymi w pkt. 2.3. i 2.5.
4. Osoba upoważniona do kontaktu z wykonawcami : Joanna Chałajdziak / Anna Szymanowicz tel. 61 2269 206 / sekretariat@pcpr.powiat.poznan.pl
5. **Sposób przygotowania oferty**:

Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej lub wiadomości e-mail, w języku polskim i dołączyć następujące dokumenty:

- formularz ofertowy – załącznik nr 1

- wykaz wykonanych usług wykonawcy w okresie ostatnich 3 lat – załącznik nr 2

- wykaz osób przewidzianych do realizacji zamówienia wraz z dokumentami potwierdzającymi posiadane kwalifikacje oraz CV – załącznik nr 3

- wykaz potencjału technicznego – wraz z określeniem miejsca i terminu przeprowadzenia wsparcia psychologicznego – załącznik nr 4

1. Zamawiający informuje, że ogłoszenie nie jest postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych i możliwa jest zmiana lub odwołanie ogłoszenia bez podania przyczyny na każdym etapie prowadzonej procedury.
2. Niniejsze ogłoszenie nie stanowi oferty zawarcia umowy w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

**Załącznik Nr 1**

**Formularz ofertowy**

Treść oferty (wypełnia Wykonawca) :

1. nazwa wykonawcy : …………………………………………………………………………

2. adres wykonawcy : ………………………………………………………………………….

3. NIP : …………………………………………………………………………………………

4. REGON : ……………………………………………………………………………………

5. oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za :

Cena brutto łącznie za maksymalny zakres wsparcia psychologicznego rodzin zastępczych i dzieci w nich przebywających: ……………………… zł w tym:

5.1 Koszt jednej godziny indywidualnych konsultacji psychologicznych / pedagogicznych ………. zł brutto

5.2 Koszt jednej godziny specjalistycznej pracy terapeutycznej nad relacją opiekun-dziecko …………zł brutto.

5.3. Koszt jednej godziny wykonania diagnozy psychofizycznej dzieci przebywających
w rodzinnej pieczy zastępczej …………zł brutto

6. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

7. Potwierdzam termin realizacji zamówienia do dnia : ………………………………………

8. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym.

9. Oświadczam, iż jestem uprawniony do dysponowania potencjałem osób przewidzianych do realizacji zamówienia oraz zamieszzenia w ofercie ich danych osobowych.

Dnia……………………………………..

………………………………. ………………………………………….

pieczątka wykonawcy podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

**Załącznik Nr 2**

**Doświadczenie Wykonawcy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa wykonanego zamówienia | Data wykonania (od – do) | Nazwa odbiorcy |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |
| 5.  |  |  |  |

Załączniki:

1. Referencje nr 1.
2. Referencje nr 2.
3. Referencje nr 3.
4. Referencje nr 4

 ………………………………. …………………………………………..

 (miejscowość, data) (czytelny podpis Oferenta)

**Załącznik Nr 3**

**Wiedza i doświadczenie osób przewidzianych do realizacji zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby przewidzianej do realizacji zamówienia | Wykształcenie | Kwalifikacje, uprawnienia |
| 1. |  |  |  |

Załączam następujące dokumenty:

1.

2.

3.

 ………………………………. ………………………………………...

 (miejscowość, data) (czytelny podpis Oferenta)

**Załącznik Nr 4**

**Wykaz bazy lokalowej**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Adres lokalu |
| 1. |  |

 …………………………….. …………………………………………..

 (miejscowość, data) (czytelny podpis Oferenta)