

Kielce, 21.02.2020r.

**ZAPYTANIE O CENĘ – ROZEZNANIE RYNKU**  
**usługa medycznej opieki psychologicznej**  
**pacjenta niesamodzielnego/ niepełnosprawnego**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

CENTRUM MEDYCZNE „ZDROWIE” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA  
UL. KARCZÓWKOWSKA 45  
25-713 KIELCE

**II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie opieki psychoterapeuty/psychologa dla osób niesamodzielnych/niepełnosprawnych w celu zapewnienia wsparcia psychologicznego dla tych osób i ich najbliższego otoczenia. Chorzy zostaną wskazani przez Zamawiającego.

Usługa będzie świadczona na terenie powiatu kieleckiego województwa świętokrzyskiego dla 15 pacjentów, z czego z uwagi na stan zdrowia należy dojechać do 5 pacjentów, 10 pacjentów może uczestniczyć w terapii w gabinecie terapeutycznym. Ze wsparcia będą korzystać chorzy, którzy przeżywają trudności w relacjach społecznych oraz własnych stanach emocjonalnych. Dla jednego chorego przewidziano średnio 4 wizyty terapeutyczne. Łącznie do przeprowadzenia zaplanowano 60 wizyt terapeutycznych, z czego 40 w gabinetach terapeutycznych, 20 w domach pacjentów niesamodzielnych.

Usługi stanowią element projektu pn: „ZESPOŁY MEDYCZNEJ OPIEKI DOMOWEJ” o numerze RPSW.09.02.03-26-0007/18 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś IX Wyłączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 1.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020.

TERMIN ŚWIADCZENIA USŁUG: do 30.03.2020r.

ZAKRES USŁUG W ramach usługi należy:

1. Przeprowadzić min. 1 wizytę terapeutyczną z każdym chorym. Wizyta powinna obejmować:
  - ocenę stanu zdrowia psychicznego chorego na podstawie dokumentacji medycznej zgromadzonej przez Zamawiającego,
  - profesjonalną terapię psychologiczną, w szczególności:
  - poprawa równowagi psychicznej pacjenta,
  - poprawa umiejętności samodzielnego radzenia sobie z chorobą i niepełnosprawnością



- niwelacja depresyjnych stanów psychicznych związanych z przewlekłą chorobą i unieruchomieniem pacjenta,
  - zapobieganie przejściu reakcji kryzysowych w stan niewydolności psychospołecznej.
2. Potwierdzeniem wizyty będzie „Karta wizyty” wypełniona przez psychologa/psychoterapeutę i podpisana przez chorego lub jego opiekuna według wzoru dostarczonego przez Zamawiającego.
  3. Czas przewidziany na wizytę adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta, min 1 godz., maksymalnie 2 godz.
  4. W przypadku pacjentów, których stan zdrowia pozwala na transport i mogą uczestniczyć w terapii w gabinecie terapeutycznym należy zapewnić gabinet i warunki terapii dostosowane do osób z niepełnosprawnością ruchową (poruszających się o balkoniku lub na wózku).
  5. W przypadku pacjentów unieruchomionych i wizyt domowych należy dojechać samodzielnie do chorego, na adres wskazany przez Zamawiającego.

#### WYMAGANIA WOBEC WYKONAWCY

O zamówienie mogą ubiegać się wykonawcy dysponujący psychologiem lub psychoterapeutą, legitymującego się co najmniej 3-letnim doświadczeniem zawodowym.

#### INFORMACJE DODATKOWE

1. Cena wizyty powinna zawierać wszystkie koszty konieczne do pełnego zakresu usługi, w szczególności koszty przyjazdu do domu pacjenta, koszty konsultacji stanu zdrowia chorego na podstawie zgromadzonej przez Zamawiającego dokumentacji medycznej, koszty przygotowania „Karty wizyty” i dostarczenia jej do Biura Projektu.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość realizacji usługi przez kilku Wykonawców, w odpowiedzi na zapytanie należy wskazać dla jakiej liczby chorych oferent deklaruje wykonanie usługi.
3. Do realizacji dostawy wybrany zostanie Wykonawca, który zaproponuje najniższą cenę brutto za usługę dla zadeklarowanej liczby pacjentów.
4. Dokumenty dotyczące potwierdzania wizyt należy dostarczać do Biura Projektu, które mieści się w pokoju 229 (I piętro), budynek Centrum Medycznego ZDROWIE, ul. Karczówkowska 45 w Kielcach.
5. Zapłata dokonana zostanie za faktyczną liczbę wykonanych wizyt i potwierdzonych odpowiednią dokumentacją.
6. Rozliczenie nastąpi na podstawie wystawionej przez Wykonawcę faktury VAT lub rachunku do umowy cywilno-prawnej płatnych w terminie do 14 dni od daty wpływu do Biura Projektu.

#### **IV. FORMA I TERMIN SKŁADANIA OFERT CENOWYCH**

1. Oferty cenowe należy złożyć na adres e-mailowy: [a.ksel@zdrowiekielce.com](mailto:a.ksel@zdrowiekielce.com)
2. Termin złożenia oferty upływa w dniu 26.02.2020r. o godzinie 14.00.
3. Ofertę należy złożyć na formularzu stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego rozeznania rynku.
4. Zamawiający skontaktuje się tylko z wybranymi do realizacji usługi Wykonawcami. Brak kontaktu oznacza, że złożona oferta nie została wybrana do realizacji.



Załącznik nr 1

**OFERTA CENOWA - usługa medycznej opieki psychologicznej  
pacjenta niesamodzielnego/ niepełnosprawnego**

<b>Nazwa Wykonawcy</b>	
<b>Siedziba/Adres Wykonawcy</b>	
<b>Adres do korespondencji</b>	
<b>Numer telefonu / faksu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>NIP/PESEL</b>	
<b>Osoba do kontaktu, telefon, mail</b>	

1. Oświadczamy, że spełniamy wymagania postawione w Zapytaniu o cenę – rozeznanie rynku z dn. 21.02.2020 r.
2. OFERUJEMY wykonanie zamówienia zgodnie z OPISEM PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA z Zapytania o cenę – rozeznanie rynku z dn. 21.02.2020r. w następującym zakresie rzeczowym i finansowym:

Wyszczególnienie	Liczba pacjentów	Cena za wizytę
Terapia psychologiczna w gabinecie terapeutycznym – 1 godzina		
Terapia psychologiczna w domu pacjenta – 1 godzina (w tym dojazd)		
Terapia psychologiczna w domu pacjenta – 2 godziny (w tym dojazd)		

.....  
*data i podpis*