

Kielce, 24.02.2020r.

ZAPYTANIE O CENĘ – ROZEZNANIE RYNKU
usługa grupowej terapii psychologicznej
dla opiekunów osób niesamodzielných/ niepełnosprawnych

I. ZAMAWIAJĄCY

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

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest usługa grupowej terapii psychologicznej dla opiekunów osób niesamodzielných/ niepełnosprawnych w celu zapewnienia wsparcia psychologicznego dla tych osób i ich podopiecznych chorych.

Usługa będzie świadczona w Kielcach w siedzibie CM ZDROWIE, UL. Karzówkowska 45 dla 2 grup opiekunów (4-5 osób w jednej grupie). Ze wsparcia będą korzystać opiekunowie chorych niesamodzielných sprawujący długotrwałą, stałą opiekę, którzy przeżywają trudności w relacjach społecznych oraz własnych stanach emocjonalnych. Dla jednej grupy terapeutycznej przewidziano średnio 3 sesje terapeutyczne w wymiarze 3 godzin zajęciowych po 45 min (jedna sesja łącznie 2 godziny 15 minut zegarowych). łącznie do przeprowadzenia zaplanowano 18 godzin zajęć terapeutycznych. Osoby do grup terapeutycznych wskazane zostaną przez Zamawiającego.

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

1. Profesjonalna grupowa terapia psychologiczna. Celem wsparcia jest pomoc w zakresie:
 - rozumienia stanów emocjonalnych towarzyszących chorobie,



- zaspokajania potrzeb osoby niesamodzielnej,
 - psychicznego dźwignia problemu niepełnosprawności,
 - budowanie relacji z osobami niesamodzielnymi/niepełnosprawnymi i zarządzanie własnymi emocjami,
 - samoobrona emocjonalna opiekuna,
 - organizacji psychospołecznego funkcjonowania najbliższej rodziny.
2. Potwierdzeniem sesji terapeutycznej będzie „Kartka sesji terapeutycznej” zawierającą co najmniej datę sesji, tematykę sesji, metody terapii, listę obecnych na terapii opiekunów, podpis terapeuty.

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 usługi powinna zawierać wszystkie koszty konieczne do pełnego zakresu usługi, w szczególności koszty przyjazdu na terapię, koszty przygotowania „Karty sesji terapeutycznej” i dostarczenia jej do Biura Projektu.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość realizacji usługi przez kilku Wykonawców, w odpowiedzi na zapytanie należy wskazać dla jakiej liczby grup terapeutycznych oferent deklaruje wykonanie usługi.
3. Do realizacji dostawy wybrany zostanie Wykonawca, który zaproponuje najniższą cenę brutto za usługę dla zadeklarowanej liczby grup terapeutycznych.
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 godzin sesji terapeutycznych 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
2. Termin złożenia oferty upływa w dniu 27.02.2020r. 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 grupowej terapii psychologicznej
dla opiekunów osób niesamodzielnych/ niepełnosprawnych**

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

1. Oświadczamy, że spełniamy wymagania postawione w Zapytaniu o cenę – rozeznanie rynku z dn. 24.02.2020r.
2. OFERUJEMY wykonanie zamówienia zgodnie z OPISEM PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA z Zapytania o cenę – rozeznanie rynku z dn. 24.02.2020r. we wskazanym w nim zakresie rzeczowym i finansowym **dla grup terapeutycznych** za cenę:

..... zł netto za jedną sesję (3godz po 45minut) dla jednej grupy

.....zł brutto za jedną sesję (3godz po 45minut) dla jednej grupy

.....
data i podpis