

Kielce, 26.10.2021.

ZAPYTANIE O CENĘ – ROZEZNANIE RYNKU
usługa terapii psychologicznej
dla opiekunów osób niesamodzielnych/ 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 terapii psychologicznej dla opiekunów osób niesamodzielnych/ niepełnosprawnych w celu zapewnienia wsparcia psychologicznego dla tych osób i ich podopiecznych - chorych.

Usługa będzie świadczona na terenie województwa świętokrzyskiego dla 18 opiekunów osób niesamodzielnych. Ze wsparcia będą korzystać opiekunowie chorych niesamodzielnych sprawujący długotrwałą, stałą opiekę, którzy przeżywają trudności w relacjach społecznych oraz własnych stanach emocjonalnych. Celem wsparcia jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie z sytuacją życiową, zapobieganie przejściu reakcji kryzysowych w stan niewydolności psychospołecznej. Dla jednego opiekuna zaplanowano minimum 10 godz. indywidualnej terapii psychologicznej. Łącznie zamówienie obejmuje 180 godzin terapii indywidualnej. Opiekunowie osób niesamodzielnych do objęcia terapią zostaną wskazani przez Zamawiającego. Usługa będzie świadczona na terenie województwa świętokrzyskiego.

Usługi stanowią element projektu pn: „ZESPOŁY MEDYCZNEJ OPIEKI DOMOWEJ W REGIONIE ŚWIĘTOKRZYSKIM” o numerze RPSW.09.02.03-26-0016/19 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

Wspólny Słownik Zamówień (CPV): 85121270-6 Usługi psychiatryczne lub psychologiczne

TERMIN ŚWIADCZENIA USŁUG: do 31.03.2022r.



ZAKRES USŁUG

1. Profesjonalna 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. Miejsce terapii:
 - miejsce zamieszkania opiekuna osoby niesamodzielnej – minimum 2 sesje w wymiarze minimum 1 godz. na sesję,
 - gabinet terapeutyczny będący w dyspozycji Wykonawcy,
 - w związku z obecną sytuacją epidemiologiczną dopuszcza się realizację wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie będzie stanowił pogorszenia jakości świadczonej usługi.
3. Dojazd do domu opiekuna osoby niesamodzielnej w celu poznania środowiska, diagnozy problemów i domowych sesji terapeutycznych.
4. Potwierdzeniem sesji terapeutycznej będzie „Karta sesji terapeutycznej” lub notatka z teleporady zawierająca co najmniej datę sesji, tematykę sesji, metody terapii, podpis terapeuty, podpis opiekuna osoby niesamodzielnej (tylko przy wizycie bezpośredniej).

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 opiekunów osób niesamodzielnych oferent deklaruje wykonanie usługi.
3. Do realizacji dostawy wybrany zostanie Wykonawca, który zaproponuje najniższą cenę brutto za usługę dla zadeklarowanej liczby opiekunów osób niesamodzielnych.
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 wskazaną w zamówieniu dokumentacją.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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 04.11.2021r. o godzinie 12.00.**
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 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. 25.10.2021r.
2. OFERUJEMY wykonanie zamówienia zgodnie z OPISEM PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA z zapytania o cenę – rozeznanie rynku z dn. 25.10.2021r. we wskazanym w nim zakresie rzeczowym i finansowym **dla** **opiekunów osób niesamodzielnych** za cenę zł netto za jedną godzinę dla jednej osoby

.....
data i podpis