

Kielce, 26.11.2025.

ZAPYTANIE O CENĘ – ROZEZNANIE RYNKU

usługa opieki psychologicznej dla opiekuna faktycznego

I. ZAMAWIAJĄCY

CENTRUM MEDYCZNE „ZDROWIE PLUS” A. REZNER SPÓŁKA KOMANDYTOWA
UL. KAR CZÓWKOWSKA 45
25-713 KIELCE

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

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

Usługa będzie świadczona na terenie powiatu ostrowieckiego i skarżyskiego województwa świętokrzyskiego dla 3 Uczestników. Ze wsparcia będą korzystać opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych/niepełnosprawnych, którzy przeżywają trudności w relacjach społecznych oraz własnych stanach emocjonalnych. Celem wsparcia jest zapobieganie przejściu reakcji kryzysowych w stan niewydolności psychospołecznej. Dla jednego uczestnika przewidziano średnio po 10 wizyt terapeutycznych po 60 minut dla każdego w miejscu jego zamieszkania. Zaplanowano 3 uczestników, z czego u każdego uczestnika wymagane są minimum 3 wizyty osobiste, dopuszcza się również wizyty realizowane w formie teleporady lub przy pomocy innych środków telekomunikacji na prośbę uczestnika.

Usługi stanowią element projektu pn: „Szansa na lepsze jutro” o numerze FESW.09.04-IZ.00-0052/24 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne Działanie 09.04 Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych.

TERMIN ŚWIADCZENIA USŁUG: do 31.03.2026r.

ZAKRES USŁUG W ramach usługi należy:

1. Przeprowadzić min. 3 wizyty terapeutyczne z każdym uczestnikiem. Wizyta powinna obejmować:
 - ocenę stanu zdrowia psychicznego uczestnika na podstawie dokumentacji medycznej zgromadzonej przez Zamawiającego,
 - profesjonalną terapię psychologiczną, w szczególności:
 - poprawa równowagi psychicznej opiekuna faktycznego,
 - poprawa umiejętności samodzielnego radzenia sobie z chorobą i niepełnosprawnością osoby bliskiej
 - niwelacja depresyjnych stanów psychicznych związanych z przewlekłą opieką nad chorym niesamodzielnym/niepełnosprawnym,
 - zapobieganie przejściu reakcji kryzysowych w stan niewydolności psychospołecznej.



2. Potwierdzeniem wizyty będzie „Karta realizacji usług” wypełniona przez psychologa/psychoterapeutę i podpisana przez opiekuna według wzoru dostarczonego przez Zamawiającego.
3. Forma wizyty przewidziana adekwatnie do potrzeb uczestnika – wizyta osobista w miejscu zamieszkania, teleporada lub wizyta zrealizowana za pomocą innych środków telekomunikacji, czas - 60 min.,
4. W przypadku 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, posiadającym kwalifikacje zawodowe uprawniające do wykonywania zawodu psychologa/psychoterapeuty, 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 realizacji usług” 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 zamówienia 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 PLUS” A. Rezner sp. k., ul. Karczówkowska 45 w Kielcach. Rozliczenie z wizyt powinno nastąpić najpóźniej w ostatnim dniu roboczym miesiąca.
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: projekty@zdrowiekielce.com
2. Termin złożenia oferty upływa w dniu 04.12.2025r. 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.

**OFERTA CENOWA - usługa opieki psychologicznej
dla opiekuna faktycznego**

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. 26.11.2025r.
2. OFERUJEMY wykonanie zamówienia zgodnie z OPISEM PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA z Zapytania o cenę – rozeznanie rynku z dn. 26.11.2025r. w następującym zakresie rzeczowym i finansowym:

Wyszczególnienie	Liczba pacjentów	Cena za wizytę (z Vat)
Wizyta psychologa lub terapeuty w miejscu zamieszkania / teleporada – 1 godzina		

.....
data i podpis