HRP Care Sp. z o.o.

ul. Tymienieckiego 19A

90 – 349 Łódź

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR HRPC/08/2021**

w ramach projektu: „Przepis Na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielnych z obszaru ŁOM”

na **świadczenie usług opiekunów medycznych**

1. **POSTANOWIENIA OGÓLNE**
   1. Zamówienie jest realizowane przez HRP Care Sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi, 90-349   
      przy ul. Tymienieckiego 19A zwanym dalej Zamawiającym.
   2. Zamówienie dotyczy projektu pn. „Przepis na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielnych z obszaru ŁOM” realizowanego w ramach Priorytetu IX Włączenie społeczne, Działania IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałania IX.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne - ZIT, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, zwanego dalej Projektem, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
   3. Szacunkowa wartość zamówienia, w ramach którego przeprowadzane jest niniejsze zapytanie ofertowe, **przekracza kwotę 50 tys. zł netto.**
   4. Zamówienie zostanie udzielone zgodnie z zapisami „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020” i nie podlega przepisom ustawy Prawo zamówień publicznych.
   5. Zapytanie jest dostępne w biurze Zamawiającego w Łodzi przy ul. Tymienieckiego 19 A oraz na stronie internetowej <https://bazakonkurencyjnosci.funduszeeuropejskie.gov.pl/>.
2. **CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**
   1. Przedmiotem zapytania ofertowego jest zlecenie usług świadczonych **przez maksymalnie 44 osoby** (9  osób w dwóch edycjach łącznie 18 osób) zgodnie z zapisami pkt 3 „Specyfikacja przedmiotu zamówienia” niniejszego zapytania ofertowego.
   2. Przedmiot zamówienia określa kod CPV 85000000-9 Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej.
3. **SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**
   1. Przedmiotem zamówienia jest realizacja usługi pełnionej jako opiekun medyczny świadczonej w miejscu zamieszkania 44 Uczestników (9 Uczestników w dwóch edycjach łącznie 18 Uczestników) projektu. Projekt skierowany jest do osób niesamodzielnych, które ze względu na wiek i stan zdrowia wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego.
   2. Katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego:
      1. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun medyczny planuje, organizuje i wykonuje następujące czynności higieniczne i pielęgnacyjne:
         1. słanie łóżka pustego oraz z osobą chorą i niesamodzielną;
         2. toaleta całego ciała osoby chorej i niesamodzielnej z uwzględnieniem toalety i zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie jamy ustnej;
         3. mycie głowy osoby chorej i niesamodzielnej leżącej w łóżku i zakładanie czepca przeciwwszawiczego;
         4. zmiana bielizny osobistej i pościelowej;
         5. zmiana pieluchomajtek i innych środków absorpcyjnych oraz pomoc w czynnościach fizjologicznych osobie chorej i niesamodzielnej;
         6. wymiana cewnika zewnętrznego, worka stomijnego i worka na mocz osobie chorej i  niesamodzielnej;
         7. profilaktyka i pielęgnacja przeciwodleżynowa u osoby chorej i niesamodzielnej;
         8. zapewnienie osobie chorej i niesamodzielnej wygodnego i bezpiecznego ułożenia w łóżku;
         9. pomoc przy zmianie pozycji, wstawaniu i przemieszczaniu się osoby chorej i  niesamodzielnej;
         10. czynności usprawniające ruchowo osobę chorą i niesamodzielną;
         11. karmienie osoby chorej i niesamodzielnej lub pomoc podczas jej karmienia;
         12. przeprowadza edukację w zakresie higieny osobistej i zabiegów pielęgnacyjnych.
      2. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun medyczny planuje, organizuje i wykonuje następujące czynności opiekuńcze:
         1. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w wykonywaniu czynności życia codziennego;
         2. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w użytkowaniu sprzętu ortopedycznego i  rehabilitacyjnego;
         3. aktywizacja osoby chorej i niesamodzielnej i organizacja jej czasu wolnego;
         4. pomoc w adaptacji osoby chorej i niesamodzielnej do warunków życia w placówkach ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej;
         5. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w adaptacji do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością;
         6. udzielanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego osobie chorej i niesamodzielnej w  sytuacjach trudnych;
         7. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności ruchowej.
   3. Zamawiający przewiduje udzielenie zamówienia jednemu lub kolejnym Oferentom, którzy złożą najkorzystniejsze oferty.
   4. Całkowity wymiar zamówienia: 6 godzin/Uczestnika/tydzień (średnio 27h miesięcznie) x 9 Uczestników/m-c x 12 miesięcy x 2 edycje.
   5. Wsparciem – zostanie objętych w ramach każdej edycji 22 Uczestników niesamodzielnych.
   6. Maksymalny zakres/ wymiar zaangażowania: dla 1 (jednego) opiekuna to: 162h/ miesiąc (dla 6  Uczestników, w tym 1 Uczestnik to średnio 27h/miesiąc), czyli 162h\*22 miesiące=3 564 h.
   7. Zamówienie będzie realizowane od 11/2021r. do 31/08/2023 r.
   8. I edycja realizowana będzie od listopada 2021 a II edycja planowana od września 2022 r.
   9. Świadczenia udzielane będą od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-20.00 oraz w weekendy.
   10. Miejsce świadczenia usługi to miejsce zamieszkania Uczestników to: miasto Łódź, powiaty: łódzki wschodni, pabianicki, brzezińskiego, zgierski.
4. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**
   1. W zapytaniu ofertowym mogą brać udział Oferenci:
      1. którzy nie znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej mogącej budzić poważne wątpliwości, co do możliwości prawidłowego wykonania zamówienia, nie wszczęto wobec nich postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono upadłości; nie zalegają z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
      2. którzy nie są powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym,
      3. którzy wytypują do realizacji zlecenia kadrę, która spełnia poniższe wymagania:
         1. posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego,
         2. posiadają co najmniej 2 lata doświadczenia zawodowego na stanowisku opiekuna medycznego,
         3. łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z  funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł i innych podmiotów w okresie realizacji przedmiotu zamówienia, nie przekroczy łącznie z zaangażowaniem w realizację przedmiotu zamówienia 276 godzin miesięcznie[[1]](#footnote-1).
   2. Oferenci, którzy nie wykażą spełnienia w/w warunków udziału w postępowaniu (tj. nie załączą oświadczenia w przedmiotowym zakresie stanowiącym załącznik nr 2 niniejszego zapytania ofertowego) zostaną wykluczeni z udziału w postępowaniu.
5. **ZASADY SKŁADANIA OFERT**
   1. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.
   2. **Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych, przy czym każda oferta musi obejmować** świadczenie usług opiekuna medycznego. Minimalny wymiar to 27 h/miesiąc, a dopuszczalne jest składanie wielokrotności 1 (jednej) części zamówienia. Maksymalna wielokrotność to: 162 h/miesiąc.
   3. Zakłada się zlecenie usługi w dwóch cyklach (edycjach).
   4. Na ofertę składają się następujące dokumenty:
      1. Specyfikacja cenowa, której wzór stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszego Zapytania ofertowego.
      2. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, którego wzór stanowi **Załącznik nr  2** do niniejszego Zapytania ofertowego.
      3. Oświadczenie dotyczące łącznego zaangażowanie zawodowego w realizację wszystkich projektów finansowanych z  funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z  innych źródeł i innych podmiotów w okresie realizacji przedmiotu zamówienia - 276 godzin miesięcznie[[2]](#footnote-2) wzór stanowi **Załącznik nr 3**.
      4. Oświadczenie dotyczące doświadczenia zawodowego kadry wskazanej do realizacji usługi objętej niniejszym zapytaniem ofertowym, którego wzór stanowi **Załącznik nr 4** do niniejszego Zapytania ofertowego.
   5. W celu potwierdzenia spełniania kryteriów Zamawiający oczekuje przedłożenia kopii dyplomów i innych dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie - na etapie podpisywania umowy.
   6. Strony oferty (w rozumieniu wszystkich dokumentów składanych przez oferenta) muszą zostać podpisane w wyznaczonych miejscach i parafowane na stronach, na których nie widnieje podpis osoby upoważnionej do reprezentacji.
   7. Kserokopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem na każdej stronie lub na pierwszej stronie „za zgodność z oryginałem od strony…. do strony…” wraz z datą, czytelnym podpisem, pieczęcią firmową (jeśli dotyczy), pieczęcią imienną (jeśli dotyczy).
   8. Zamawiający zaleca, aby poszczególne załączniki były ponumerowane (jeśli posiadają więcej niż jedną stronę).
   9. Oferty należy przesłać:
      1. w formie skanu wysłanego wiadomością e-mail, uwzględniającą w tytule nr zapytania ofertowego, na adres mailowy [zamowienia@hrp.com.pl](mailto:zamowienia@hrp.com.pl) w terminie do 05/11/2021 r. do końca dnia (23:59:59). Za datę przekazania oferty rozumie się datę otrzymania wiadomości e-mail z  ofertą przez serwer pocztowy Zamawiającego. Oferty, które wpłynęły po terminie nie będą rozpatrywane.
      2. poprzez platformę bazy konkurencyjności, w terminie do 05/11/2021 r. do końca dnia (23:59:59). Za datę przekazania oferty rozumie się datę otrzymania wiadomości e-mail z ofertą przez serwer pocztowy Bazy konkurencyjności. Oferty, które wpłynęły po terminie nie będą rozpatrywane.
   10. Oferty, które wpłynęły po terminie określonym w pkt 5.9 nie będą rozpatrywane.
6. **TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ**
   1. Oferent będzie związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
   2. Oferent może przedłużyć termin związania ofertą, na czas niezbędny do zawarcia umowy, samodzielnie lub na wniosek Zamawiającego.
7. **PROCES OCENY OFERT**
   1. Oferta będzie oceniana pod kątem:
      1. kryteriów formalnych - kompletność (załączenie wszystkich wymaganych w dokumentów, zgodnie z określonymi w zapytaniu zasadami), poprawność formalna (podpisy osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta wraz z pieczęciami w wymaganych miejscach):
      2. kryteriów dostępu - spełnianie warunków udziału w postępowaniu określonych w pkt 4.
      3. kryteriów wyboru:
         1. Oferta cenowa – maks. 80 pkt. Weryfikacja na podstawie **Załącznika nr 1**. Punktacja wyliczana w oparciu o następujący wzór: 80 punktów x (najniższa cena pośród ocenianych ofert / cena wykazana w ocenianej ofercie).
         2. Liczba lat doświadczenia zawodowego opiekuna medycznego wykonującego osobiście usługę lub kadry oddelegowanej do wykonywania usługi opiekuna medycznych - maks. 20  pkt. Weryfikacja na podstawie **Załącznika nr 4.**

Punktacja:

od 0 do 2 lat włącznie – 0 pkt,

powyżej 2 lat – do 3 lat włącznie – 5 pkt,

powyżej 4 lat – do 5 lat włącznie – 10 pkt,

powyżej 5 lat do 6 lat włącznie – 15 pkt,

powyżej 6 lat – 20 pkt.

* 1. Ocenie wskazanej w pkt 7.1.3 poddane zostaną tylko oferty, spełniające kryteria formalne i kryteria dostępu.
  2. Zamawiający może wezwać Oferenta jednokrotnie do uzupełnień formalnych, które nie wpływają   
     na zmianę kryteriów podlegających ocenie.
  3. Zamawiający ma prawo wezwać Oferenta do wyjaśnień w sprawie przedłożonej przez niego oferty.
  4. Z tytułu odrzucenia oferty, Oferentom nie przysługują żadne roszczenia przeciw Zamawiającemu.
  5. Zamawiający spośród złożonych ofert wybierze osobno dla każdej części usługi (1 część = 1 uczestnik)- wykonawcę, którego oferta uzyska najwyższą liczbę punktów. Postępowanie może zakończyć się wyboremod 4 do 22opiekunów medycznych – w przypadku jeśli oferta, która uzyskała najwyższą liczbę punktów nie pokryje w pełni zakresu objętego zamówieniem; Zamawiający wybierze dodatkowo następnego w kolejności oferenta powierzając mu do realizacji pozostałą część zamówienia (nie większą niż w ofercie). Każdy opiekun medyczny będzie oceniany niezależnie.
  6. Zamawiający dopuszcza możliwość podjęcia negocjacji z Oferentem, którego oferta uzyska w toku oceny największą liczbę punktów, ale którego zaproponowana łączna cena oferty przekroczy budżet przeznaczony przez Zamawiającego na wykonanie przedmiotu zamówienia. Negocjacje dotyczyć mogą zarówno ceny, jak i zakresu godzinowego (liczby Uczestników).
  7. W przypadku niepomyślnego zakończenia procesu negocjacji opisanego w pkt 7.7, rozpatrzona zostanie następna oferta, którą zajmuje kolejną pozycję w rankingu pod względem uzyskanej liczby punktów i  w  razie konieczności przeprowadzone zostaną kolejne negocjacje.
  8. W przypadku gdy dwie lub więcej ofert otrzyma najwyższą punktację, wybrane zostaną kolejno oferty z najniższą ceną.
  9. W przypadku, gdy dwie lub więcej ofert otrzymają najwyższą punktację i będą posiadać jednakowe, najniższe ceny, to Oferenci, którzy je złożyli zobowiązani będą do złożenia ofert uzupełniających w  zakresie ceny, która nie będzie mogła być wyższa niż w ofercie pierwotnie złożonej.
  10. Proces oceny zostanie dokonany przez powołaną przez Zamawiającego Komisję oceny ofert, w skład której wchodzić będzie: Przewodniczący Komisji i Członek Komisji. Przewodniczący Komisji nadzoruje poprawność wyboru ofert. Członek Komisji dokonuje oceny pod względem kryteriów: formalnych, dostępu i wyboru.
  11. Posiedzenie Komisji oceny ofert odbędzie się po zakończeniu naboru ofert.
  12. Przed przystąpieniem do otwarcia ofert Przewodniczący Komisji oraz Członek Komisji są zobowiązani do podpisania „Oświadczenia o bezstronności i niezależności”.
  13. Ocena dokonana przez Komisję oceny ofert ma charakter ostateczny i oferentom nie przysługuje prawo odwołania się od jej decyzji.
  14. Informacja o wynikach oceny zostanie opublikowana na stronie <https://bazakonkurencyjnosci.funduszeeuropejskie.gov.pl/> w terminie 7 dni od daty zakończenia przyjmowania ofert.
  15. Zamawiający zastrzega, że termin podania informacji o wynikach oceny ulec może przesunięciu o czym zobowiązany jest poinformować oferentów.
  16. Zamawiający zastrzega, że ma prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

1. **KONTAKT Z ZAMAWIAJĄCYM**

Na potrzeby niniejszego Zapytania wszelkie pytania bądź kwestie należy kierować poprzez [zamowienia@hrp.com.pl](mailto:zamowienia@hrp.com.pl)

1. **WARUNKI ZMIANY UMOWY**
   1. Zamawiający przewiduje możliwość zmiany postanowień niniejszej Umowy w przypadkach gdy:
      1. nastąpi zmiana powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu zamówienia;
      2. konieczność wprowadzenia zmian będzie następstwem zmian wprowadzonych w umowach pomiędzy Zamawiającym, w tym instytucjami nadzorującymi realizację projektu, w ramach, którego realizowane jest przedmiotowe zamówienie;
      3. konieczność wprowadzenia zmian będzie następstwem zmian wytycznych lub zaleceń dotyczących Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
      4. zachodzą okoliczności związane z działaniem siły wyższej;
      5. zachodzą okoliczności związane z pandemią i COVID – 19;
      6. zmiany czasu trwania umowy (możliwość wydłużenia o kolejny 1 miesiąc).
   2. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany wymiaru udzielonego wykonawcy zamówienia (do 50%).
   3. Zamawiający zakłada możliwość, w toku realizacji usług, zmiany kadry wskazanej w ofercie przez Wykonawcę, jednakże zmiana taka wymagać będzie akceptacji Zamawiającego jak również wymagane będzie zachowanie takich samych parametrów do co doświadczenia opiekuna medycznego.
   4. Zamawiający zakłada wprowadzenie kar umownych, w szczególności w zakresie niedopełnienia przez Wykonawcę na etapie realizacji warunków wskazanych w ofercie, w tym co do dyspozycyjności oraz doświadczenia i statusu kadry zaangażowanej w realizację usług.

W załączeniu:

Załącznik nr 1 - Specyfikacja cenowa

Załącznik nr 2 - Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

Załącznik nr 3 - Oświadczenie dotyczące łącznego zaangażowanie zawodowego - 276 godzin miesięcznie

Załącznik nr 4 - Curriculum Vitae Kadry (opiekunowie medyczni)

|  |  |
| --- | --- |
| Zatwierdzono:  Łódź, dn. 28.10.2021r. | ……………………….……………..…… |
|  | Czytelny podpis Zamawiającego oraz pieczęć firmowa |

**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021**

**SPECYFIKACJA CENOWA**

Załącznik nr 1 należy złożyć w takiej liczbie egzemplarzy w jakiej wskazano kadrę (do każdej osoby wymienionej z imienia i nazwiska opiekuna medycznego powinien zostać złożony załącznik nr 1 oddzielnie).

Imię i nazwisko /nazwa firmy …………………………………………………(PESEL[[3]](#footnote-3))……………………….NIP………………………….

Dane teleadresowe Oferenta (ulica, nr /nr lokalu, miejscowość, kod, telefon kontaktowy) ……………………………………………………………………………………………………………………..

Adres e-mail do korespondencji ……………………….……………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko opiekuna medycznego:** | ……………………………………………..……………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba Uczestników/ 1 opiekuna medycznego**  **Liczba godzin zegarowych/ miesiąc realizowanych przez 1 opiekuna medycznego** | **Zaznacz właściwe poprzez postawienie „X” tylko w jednej kratce** |
| 27h/ m-c (1 Uczestnik) |  |
| 54h/ m-c (2 Uczestników) |  |
| 81h/ m-c (3 Uczestników) |  |
| 108h/ m-c (4 Uczestników) |  |
| 135h/ m-c (5 Uczestników) |  |
| 162h/ m-c (6 Uczestników) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto brutto za **1 godzinę zegarową**  (wraz ze wszystkimi kosztami po stronie Zamawiającego i Wykonawcy) | ………………………….zł |

Oświadczam iż:

1. w ramach proponowanej ceny uwzględniono wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia w tym pochodnych po stronie Zamawiającego (jeśli dotyczy), zgodnie z Zapytaniem ofertowym nr  HRPC/08/2021;
2. w ramach proponowanej ceny spełnione zostaną warunki w Zapytaniu ofertowym nr HRPC/08/2021;
3. zapoznałem/-am się z Zapytaniem ofertowym nr HRPC/08/2021, w ramach którego składana jest oferta i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń;
4. zaproponowana cena obowiązywać będzie w całym okresie trwania umowy;
5. zobowiązujemy się w przypadku przyznania zamówienia, w ramach Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

**……………………….……………..…… ……………………….……………..……**

Miejsce, dnia Czytelny podpis Oferenta

oraz pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021**

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia w ramach zapytania ofertowego **HRPC/08/2021** oświadczam, że nie zachodzą okoliczności wyłączające mnie z ubiegania się o zamówienie, w szczególności:

1. nie wszczęto wobec mnie postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono mojej upadłości,
2. nie zalegam z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
3. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej niezakłóconą realizację zamówienia,
4. nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo, przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Oferentem, polegające w szczególności na:
   1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
   2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
   3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli. Jestem świadomy, że przesłanki te dotyczą sytuacji, gdy ustało małżeństwo, kuratela, przysposobienie lub opieka

* 1. pozostawaniu z Zamawiającym w stosunku nadrzędności służbowej.

Oświadczam, że posiadam/ kadra (każda osoba) wytypowana do pełnienia usługi posiada:

1. posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego,
2. minimum dwuletnie doświadczenie zawodowe na stanowisku opiekuna medycznego

……………………………………………………..

czytelny podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021**

imię i nazwisko

**OŚWIADCZENIE[[4]](#footnote-4)**

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1. moje łączne zaangażowanie zawodowe[[5]](#footnote-5) w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł i innych podmiotów, w okresie realizacji przedmiotu zamówienia, nie przekroczy łącznie z zaangażowaniem w realizację przedmiotu zamówienia 276 godzin miesięcznie i nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji przedmiotu zamówienia.
2. zobowiązuję się do aktualizacji informacji określonych w pkt 1 w chwili wystąpienia zmiany.

**……………………….……………..…… ……………………….……………..……**

Miejsce, dnia Czytelny podpis Oferenta

oraz pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr HRPC/08/2021**

**CURRICULUM VITAE KADRY**

**(OPIEKUNA MEDYCZNEGO)**

Załącznik nr 4 należy złożyć w takiej liczbie egzemplarzy w jakiej wskazano kadrę w załączniku 1 (do każdej wymienionej tam z imienia i nazwiska opiekuna medycznego powinien zostać złożony załącznik nr 4).

Imię i nazwisko opiekuna medycznego ………………………………….

**Wykształcenie[[6]](#footnote-6):**

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja  Data: od (miesiąc / rok) do (miesiąc / rok) | Uzyskane stopnie lub dyplomy: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Doświadczenie** zawodowe na stanowisku opiekuna medycznego**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daty:  od mm-rr do mm-rr | Nazwa instytucji | Stanowisko, opis obowiązków |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Łączna liczba lat doświadczenia zawodowego na stanowisku opiekuna medycznego: | |  |

W celu potwierdzenia spełnienia wymaganych kwalifikacji, Zamawiający zastrzega sobie prawo zażądania od wybranych kandydatów przedłożenia dyplomów, a także innych dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie i kwalifikacje na etapie podpisywania umowy.

Na zasadzie art. 6 ust. 1 pkt. A RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w  ofercie złożonej w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nrHRPC/08/2021 ogłoszone przez HRP Care Sp. z o.o. z  siedzibą w Łodzi, 90-349, przy ul. Tymienieckiego 19A w ramach projektu pod tytułem „Przepis Na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielnych z obszaru ŁOM” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020, Działanie: 9.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne - ZIT. Wsparcie udzielane jest z  Europejskiego Funduszu Społecznego.

Administratorem moich danych jest HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, 90-349 przy ul. Tymienieckiego 19 A. W sprawie danych osobowych mogę się kontaktować z inspektorem ochrony danych pod nr tel. 600 499 192. Moje dane osobowe będą przetwarzane do momentu zakończenia procesu naboru kandydatów.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że wyrażenie zgody na udział w naborze jest dobrowolne oraz że mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem. Mam prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego w przypadku niezgodnego z prawem przetwarzania moich danych.

Odbiorcami moich danych mogą być wyłącznie osoby upoważnione na podstawie przepisów prawa. Moje dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani nie będą podlegały procesowi profilowania.

***……………………….……………..…… ……………………….……………..……***

*Miejsce, dnia Czytelny podpis Oferenta*

1. Dotyczy osób fizycznych [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. Dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności w zakresie zamówienia, składających ofertę osobiście [↑](#footnote-ref-3)
4. *dotyczy osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej w zakresie przedmiotowego zamówienia.* [↑](#footnote-ref-4)
5. *dotyczy wszelkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności w ramach stosunku pracy, stosunku cywilnoprawnego i samozatrudnienia, o którym mowa w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”, zaangażowania w ramach prowadzenia własnej działalności gospodarczej.* [↑](#footnote-ref-5)
6. *posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodu opiekuna medycznego* [↑](#footnote-ref-6)