Nowy Sącz 14.12.2018 r.

**ROZEZNANIE RYNKU**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PRAXIS Spółka z o. o. w ramach procedury rozeznania rynku zwraca się z prośbą o przedstawienie wstępnej oferty na świadczenie usługi w charakterze **lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej** w ramach *projektu: „Dzienny Dom Opieki Medycznej Akademia pełni życia” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego. Oś priorytetowa: IX. Region spójny społecznie. Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu E. Rozwój opieki długoterminowej.*

**UWAGA!**

**Niniejsza informacja nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy Prawo Zamówień Publicznych. Informacja ta ma na celu wyłącznie rozpoznanie rynku i uzyskanie wiedzy na temat ceny rynkowej przedmiotu zamówienia. Postępowanie jest realizowane zgodnie z procedurą rozeznania rynku określoną w Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014-2020.**

**I ZAMAWIAJĄCY:**

„PRAXIS” Spółka z o. o. ul. św. Heleny 30B 33-300 Nowy Sącz

NIP: 734-26-98-094 Regon: 491980601

e-mail: info@nzoz-praxis.pl http://nzoz-praxis.pl

**II OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Przedmiotem rozeznania rynku jest świadczenie usługi w charakterze lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w Dziennym Domu Opieki Medycznej Akademia pełni życia, przy ul. św. Heleny 30B w okresie od 02.01.2019 r. do 30.09.2020 r., na zlecenie Zamawiającego.

Na przedmiot zamówienia składa się świadczenie usługi w charakterze lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej – 1 os. umowa cywilno-prawna/usługa/samozatrudnienie, średnio 20 godz. na m-c.

Wymagania:

- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej

**V OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

* 1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim, w formie pisemnej, czytelnie wypełniając nieścieralnym długopisem lub komputerowo.
	2. Oferta musi być wypełniona zgodnie z załącznikiem nr 1 do oferty oraz z załącznikiem nr 2 do oferty.
	3. Wykonawca jest zobowiązany do podania na ofercie łącznej oczekiwanej ceny jednostkowej brutto za 1 godzinę świadczenia usługi (uwzględniająca składki ZUS).
	4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do obniżenia podanej kwoty brutto o koszt obowiązujących składek ZUS.
	5. Wszystkie strony wraz z załącznikami muszą być kolejno ponumerowane.
	6. Każda strona oferty i załączników zawierająca jakąkolwiek treść musi być parafowana.
	7. Kopie dokumentów muszą być potwierdzone przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem.
	8. Oferta musi być podpisana przez wykonawcę lub osobę przez niego upoważnioną (za wyjątkiem życiorysu zawodowego, który musi zostać podpisany przez Wykonawcę). W przypadku podpisania przez osobę upoważnioną przez Wykonawcę, wówczas oferta powinna zawierać również dokument potwierdzający to upoważnienie.
	9. Dokonujący rozeznania rynku dokona oceny ofert na podstawie kryterium ceny - tj. cena 100%.

**VI MIEJSCE I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY**

Ofertę wraz z załącznikami można złożyć osobiście po adresem NZOZ PRAXIS w Nowym Sączu, ul. św. Heleny 30B, 33-300 Nowy Sącz, przesłać przesyłką pocztową/kurierską na powyższy adres lub przesłać mailowo (skan oferty zawierający podpis oferenta na adres e-mail: info@nzoz-praxis.pl w nieprzekraczalnym terminie do 21.12.2018 r. do godziny 15:00 (decyduje data i godzina wpływu).

Złożenie oferty nie powoduje żadnych zobowiązań wobec stron. Oferty są przygotowywane na koszt Wykonawców.

Dane do kontaktu: info@nzoz-praxis.pl

tel. 535 838 338

Załącznik nr 1 – formularz oferty

**OFERTA WYKONAWCY NA ZAPYTANIE W SPRAWIE ROZEZNANIA RYNKU DOT. USŁUGI W CHARAKTERZE LEKARZA SPECJALISTY W DZIEDZINIE REHABILITACJI MEDYCZNEJ**

**Zamawiający:**

**„PRAXIS” Spółka z o. o.**

**ul. św. Heleny 30B 33-300 Nowy Sącz**

**NIP: 734-26-98-094 Regon: 491980601**

**e-mail:** **i****nfo@nzoz-praxis.pl** [**http://nzoz-praxis.pl**](http://nzoz-praxis.pl/)

Imię i Nazwisko Wykonawcy :………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:……………………………………..…………………………………….............

Nr telefonu:………………………………………

Adres e-mail:……………………………………..

Odpowiadając na zapytanie dotyczące rozeznania rynku dot. usługi w charakterze lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ramach *projektu: „Dzienny Dom Opieki Medycznej Akademia pełni życia” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego. Oś priorytetowa: IX. Region spójny społecznie. Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu E. Rozwój opieki długoterminowej.*

 składam następującą ofertę cenową na zrealizowanie przedmiotu zapytania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zapytania | Cena jednostkowa (godzinowa) za 1 godz. usługi w zł (brutto) |
| 1. | Usługi w charakterze lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej - 1 os. umowacywilnoprawna/usługa/samozatrudnienie, średnio 20 godz. na m-c. | Kwota brutto……………………………….Słownie:……………………………............ |

……………………………………………………………………….

Data, Podpis Wykonawcy/osoby/osób reprezentujących Wykonawcę

Załącznik nr 2 – wzór życiorysu zawodowego

CURICULLUM VITAE

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Wykształcenie:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa uczelni, ośrodka szkoleniowego oraz data ukończenia  | Uzyskany stopień lub dyplom |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Członkostwo w organizacjach zawodowych:

Inne umiejętności i kwalifikacje:

Doświadczenie zawodowe :

|  |  |
| --- | --- |
| Data: |  |
| Miejscowość: |  |
| Firma: |  |
| Stanowisko: |  |
| Zakres obowiązków: |  |

Inne informacje (kursy, szkolenia):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

……………………………………

Podpis Wykonawcy