

**POWIATOWY ZESPÓŁ PORADNI
PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNYCH W WEJHEROWIE**

84-200 Wejherowo, ul. Ofiar Piaśnicy 22

tel. 058/672-10-08 fax. 058/672-39-66

Wejherowo dnia 08.12.2014 r.

PZPPP.W.1142.15/14

wg. rozdzielnika

ZAPYTANIE OFERTOWE

**„Świadczenie usług z zakresu konsultacji medycznej
dla potrzeb Zespołu Orzekającego”**

1. ZAMAWIAJĄCY:

Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Wejherowie
ul. Ofiar Piaśnicy 22
84 – 200 Wejherowo
tel. 58 672 10 08 fax. 58 672 39 66
email: pzwejherowo@wp.pl

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

2.1. Przedmiotem zamówienia jest sporządzanie diagnoz medycznych na podstawie analizy przedstawionej dokumentacji medycznej, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach przeprowadzanie konsultacji medycznych oraz udział w posiedzeniach Zespołów Orzekających Powiatowego Zespołu Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Wejherowie, działających na terenie Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Wejherowie, przy ul. Ofiar Piaśnicy 22 i Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Rumi, przy ul. Pomorskiej 3.

2.2. Dokonywanie czynności odbywać się będzie w dniach posiedzeń zespołów orzekających wg harmonogramów posiedzeń ustalonych przez Dyrektora PPP w Wejherowie i Dyrektora PPP w Rumi lub w innych terminach wspólnie ustalonych przez strony.

3. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Warunkiem udziału w postępowaniu jest posiadanie przez Wykonawcę prawa do wykonywania zawodu lekarza o specjalizacji uprawniającej do diagnozowania dzieci i młodzieży. Preferowane specjalności to: pediatria, okulistyka, laryngologia, neurologia, psychiatria dziecięca.

4. OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA TYCH WARUNKÓW

Zamawiający uzna warunek za spełniony gdy Wykonawca wykaże, że dysponuje kwalifikacjami niezbędnymi do wykonania zamówienia (załącznik nr 2 do zapytania).

5. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY

W formularzu oferty należy podać cenę netto, stawkę podatku VAT wg obowiązującej wysokości stawki tego podatku, kwotę podatku VAT oraz cenę brutto (cyfrowo i słownie), za czynności: sporządzenia diagnozy medycznej na podstawie konsultacji medycznej oraz uczestnictwo w posiedzeniu Zespołu Orzekającego w przeliczeniu na jedno dziecko.

6. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

6.1. Zamówienie realizowane będzie od dnia 01.01.2015 r. do dnia 31.12.2015 r.

7. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

7.1. Ustala się, że składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, od dnia składania ofert.

7.2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

8. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT

8.1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Ofertę składa się pod rygorem nieważności w formie pisemnej.

8.2. Oferta obejmuje całość przedmiotu zamówienia i musi być sporządzona w oparciu o zapytanie ofertowe.

9. WYKAZ DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY:

9.1. Ofertę określającą cenę zamówienia (załącznik nr 1).

9.2. Dokumenty potwierdzające spełnianie warunków udziału w postępowaniu (załącznik nr 2).

10. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

Ofertę należy złożyć w Powiatowym Zespole Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Wejherowie, ul. Ofiar Piaśnicy 22, 84 – 200 Wejherowo (sekretariat) do dnia 17.12.2014r.

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy

.....

Siedziba Wykonawcy

.....

Do: Nazwa i siedziba Zamawiającego: **Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Wejherowie, ul. Ofiar Piaśnicy 22, 84 – 200 Wejherowo**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe na „**Świadczenie usług z zakresu konsultacji medycznej dla potrzeb Zespołu Orzekającego**” oferuję wykonywanie usługi będącej przedmiotem zamówienia (stawka za jedno dziecko) za cenę:

wartość netto zł (słownie:..... złotych)

VAT zł (słownie:..... złotych)

cena brutto zł (słownie:.....złotych)

Oświadczam, że uważam się za związanego(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni, od dnia składania ofert. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem(am) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

Załączniki do oferty

1.

2.

....., dn.

.....
(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

OŚWIADCZENIA O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Imię i nazwisko osoby	Kwalifikacje zawodowe
	- prawo wykonywania zawodu lekarza: TAK / NIE * - specjalizacja stopnia z dziedziny **

* niepotrzebne skreślić

** należy wpisać stopień oraz dziedzinę specjalizacji